



วารสารสาธารณสุขล้านนา Lanna Public Health Journal

ISSN 1686 - 7076

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2556 Volume 9 No. 2 May - August 2013

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

Original Articles

Page

- ภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากร โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อนวัช วิเศษบริสุทธ์
- 61 METABOLIC SYNDROME AMONG HEALTHCARE
WORKERS IN MAHARAJ NAKORN CHIANG MAI
HOSPITAL
ANAWAT WISETBORISUT
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกัน
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคา
สายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน
ธิดา กัมพูพงศ์ และคณะ
- 76 DEVELOPMENT OF CLINICAL PRACTICE GUIDE-
LINE FOR NURSING IN PREVENTING URINARY
TRACT INFECTION AMONG RETAINED CATH-
ETER PATIENTS IN LAMPHUN HOSPITAL
TIDA KUMPOOPONG ET AL .
- การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องความดันโลหิตสูงอำเภอ
เชียงคำ จังหวัดพะเยา
พิทยายุทธ อยุ่ดี
- 99 PARTICIPATION OF PUBLIC HEALTH VOL-
UNTEERS TO PROMOTE GENERAL PUBLIC
AWARENESS OF HYPERTENSION, CHIANGKAM
DISTRICT, PHAYAO PROVINCE
PITTAYAYUT YOODEE
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะ
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้
อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
ภัสราวัลย์ ศีตีสาร และคณะ
- 120 FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-CARE BE-
HAVIORS AMONG UNCONTROLLED HYPERTEN-
SION PATIENTS IN DOKKHAMTAI HOSPITAL,
DOKKHAMTAI DISTRICT, PHAYAO PROVINCE
PATSARAWALAI SEETISAN ET AL .
- สภาวะฟันผุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับฟันผุของเด็กชาว
ไทยพื้นราบและไทยภูเขา อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่
วรารุณ คุปติศาสตร์
- 137 DENTAL HEALTH STATUS AND FACTORS AS-
SOCIATED WITH DENTAL HEALTH STATUS
AMONG LOWLAND AND HILLTRIBE CHILDREN
IN SAMOENG DISTRICT, CHIANGMAI PROVINCE
WARAPORN KOOPATISHART

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขสุโขทัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการ และผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจเกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับ พิจารณาลำดับก่อนหลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำ ดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา (Original article) ผลการศึกษา สรุป วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสังเคราะห์ใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Abstract) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ให้ความรู้ที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็มมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากให้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ ระยะเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษายกเป็นร้อยแก้ว หากมีตัวเลขไม่ซับซ้อน ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปร มาก ให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตารางแสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป Postcard สี/ขาว-ดำ 3*5 นิ้ว บันทึกรูปนามสกุล .JPEG

วิจารณ์/อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด เหมือน หรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลการศึกษามากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของ

การศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้น ๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัย ทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารหลัก หรือการอ้างอิงท้ายข้อความในเรื่องดังนี้ ให้วงเล็บชื่อผู้แต่ง ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี พ.ศ. ที่เผยแพร่ เช่น ภาษาไทย (ธีระ รามสูตและคณะ, 2526) ภาษาอังกฤษ (Ramasoota *et al.*, 1983)

2. เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อ นามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุล ชื่อ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus ราชบัณฑิตยโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เพิ่มเติมเรื่องโรคติดต่ออันตราย, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนพิเศษ 42 ง. (ลงวันที่ 8 เมษายน 2546)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ให้อ้างอิงเอกสารที่เป็นภาษาไทยก่อน ตามด้วยเอกสารอ้างอิงภาษาต่างประเทศ เรียงลำดับตามตัวอักษร

3.1 การอ้างอิงวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

ภาษาอังกฤษ:

ชื่อผู้แต่ง (ใช้ชื่อสกุลเต็ม ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปี พ.ศ.; ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่พิมพ์):

หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

McCombie S. Treatment seeking for malaria: A review of recent research. Soc Sci & Med 1996;

43(6): 933-45.

ในกรณีที่เป็นบทความวิชาการที่เข้าถึงโดยระบบ Online (Journal article on the Internet)

ตัวอย่าง

นารลดา ชันธิกุล, ประยูทธ สุดาทิพย์, อังคณา แซ่เจ็ง, รุ่งระวี ทิพย์ มนต์รี, วรณภา สุวรรณเกิด. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2556]; แหล่งข้อมูล: URL:

<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ/article/view/21913>

Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2002. [cited 2005 May 20];

Available from: URL: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/>

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 7 คน ให้ใส่รายชื่อผู้แต่งทุกคนขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 7 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม *et al.*

ภาษาไทย : ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม Font 16

ตัวอย่าง

ธีระ งามสุด. วิถีการกำจัดโรคเอดส์ในสังคมไทย. *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์* 2533; 6(2): 69-81.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อหน่วยงาน). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์
เผยแพร่; หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Fenner F, Hall AJ, & Dowdle WR. (1998). What is eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, eds.

The eradication of infectious diseases. Chichester: John Wiley&Sons; 13-8.

3.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา:

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์เผยแพร่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

อมร ลีลาธรรม, สุรพล สุวรรณกุล. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลาธรรม, สุรพล สุวรรณกุล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพฯ: ที พี พรินท์ จำกัด; 2536: 24-26.

3.4 การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

3.5 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทปริญญา. ภาควิชา คณะ เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

3.6 การอ้างอิงอื่นๆ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2538: 545.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ขนาดของต้นฉบับ ใช้กระดาษขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) พิมพ์หน้าเดียวโดยใช้ Font: AngsanaUPC ขนาด 16 เว้น และพิมพ์โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 1.5 - 2 บรรทัด เพื่อสะดวกในการอ่านและปรับตรวจแก้ไข

4.2 ภาพประกอบ เป็นภาพสี หรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากได้ภาพ

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ถึง

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนาวิชาการ)

เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

และส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: **lannadpc10@gmail.com** เรื่องที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง File ผลงานวิชาการที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้ง Highlight ในส่วนที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำบันทึกด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยใช้ Fonts “AngsanaUPC” ขนาด 16 ให้กองบรรณาธิการ ภายในวันที่กำหนด

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

สำหรับเรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนสามารถ Download เอกสาร ได้ที่ Website:

<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

ภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากร โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

METABOLIC SYNDROME AMONG HEALTHCARE WORKERS

IN MAHARAJ NAKORN CHIANG MAI HOSPITAL

อนวัช วิเศษบริสุทธิ์ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

Anawat Wisetborisut, M.D., Dip. of Family Med

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

Department of Family Medicine,

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Faculty of Medicine, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

ภาวะ Metabolic Syndrome (MS) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรในปัจจุบัน ความชุกของภาวะ MS นี้แตกต่างกันไปตามเชื้อชาติ ถิ่นที่อยู่ และอาชีพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ MS ในบุคลากรของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม การตรวจร่างกาย การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ในการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2556 ผลการศึกษาพบว่า มีบุคลากรโรงพยาบาลเข้าร่วมการศึกษานี้จำนวน 3,209 คน พบความชุกของภาวะ MS ร้อยละ 16.1 พบความชุกในเพศชาย (ร้อยละ 26.5) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 13.7) ($P < 0.001$) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของภาวะ MS ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น การมีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในโลหิตสูง โดยบุคลากรอายุน้อยกว่า 35 ปี พบความชุกของภาวะ MS ร้อยละ 9.2 แต่หากอายุมากกว่า 50 ปี ความชุกจะสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 26.0 ($P < 0.001$) ในขณะที่ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ตร.ม. พบความชุกของภาวะ MS ถึงร้อยละ 60.6 นอกจากนี้ยังอาชีพคนงานและเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีความชุกของภาวะ MS สูงที่สุด คือ ร้อยละ 23.2 (OR 2.6, 95% CI 2.0-3.3 เมื่อเทียบกับอาชีพพยาบาล) จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ความชุกของภาวะ MS ในบุคลากรโรงพยาบาล พบได้สูงในทุก

กลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนงาน เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ช่วยพยาบาล ควรมีมาตรการในการให้การดูแลรักษาและป้องกันภาวะ MS ในบุคลากร เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต

คำสำคัญ: Metabolic Syndrome, บุคลากรทางการแพทย์ การตรวจสุขภาพ, โรงพยาบาล

Abstract

Metabolic Syndrome (MS) is the critical risk factor for developing cardiovascular disease which attributed to the number one cause of death worldwide. Prevalence of MS varied according to races geographies and jobs. This study aimed to identify the prevalence of MS and its associated factors among healthcare workers in Maharaj Nakorn Chiang Mai. This is cross-sectional study conducted during annual health checkup (March - June 2013). Data were collected from 3209 participants by using questionnaires, physical examination and annual health blood examination. The result showed a significantly prevalence of MS in male (26.5%) was higher than female (13.7%) ($P < 0.001$). Associated factors for increasing the prevalence of MS were aging, increasing of BMI, having hypertension, diabetes and hyperlipidemia as underlying disease. The prevalence of MS was 9.2% in participants who under 35 years of age but the prevalence increased to 26% in those who over 50 years old ($P < 0.001$). There was 60.6% of healthcare workers who had BMI over 30 kg/m^2 had MS. The prevalence of MS was highest among workers and patient helpers which was 23.2% (OR 2.6, 95% CI 2.0-3.3 compared to nurse). In conclusion, the prevalence of MS was high in any occupation among healthcare workers especially for workers, patient helper and aid nurses. The author suggests that there should be some interventions for prevention and treatment MS among healthcare worker in order to prevent adverse cardiovascular event in the future.

Keywords: Metabolic Syndrome, Healthcare worker, Health checkup, hospital

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดคิดเป็นร้อยละ 30 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2011) ความเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การไม่ออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในโลหิตสูง ซึ่งความเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้สามารถป้องกันได้ (WHO, 2013)

บุคคลที่รับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะเกิดภาวะคือต่ออินซูลินในร่างกายและการอ้วนลงพุง ซึ่งนำไปสู่ภาวะ Metabolic Syndrome ในที่สุด (Alberti *et al.*, 2005) โดยภาวะ Metabolic Syndrome เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Grundy *et al.*, 2004) นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะ Metabolic Syndrome ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคไขมัน

สะสมในตับ ตับอักเสบ (Kotronen *et al.*, 2008) มะเร็ง (Hsing *et al.*, 2007) และภาวะความจำเสื่อม (Taylor *et al.*, 2007) สูงกว่าคนปกติ

ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ เพศ อายุ สังคม ภาวะเศรษฐกิจ และภูมิประเทศที่อยู่อาศัย โดยส่วนใหญ่พบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากร (Grundy *et al.*, 2008) ซึ่งในประเทศไทยความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในประชากรพบได้ประมาณร้อยละ 10 – 23 (Boonyavarakul *et al.*, 2005; กิตติพงษ์กมลสมบูรณ์และคณะ; 2553, ศิวากรพรตระกูลพิพัฒน์และคณะ; 2554) การศึกษาความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากรทางสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างสูงขึ้นอยู่กับบริบท โดยพบความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 40 (Palacios-Rodriguez *et al.*, 2010, อุทัย เฟื่องธรรม, 2554)

เนื่องจากรายงานการศึกษาภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยมีจำนวนน้อย อีกทั้งความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ยังมีความแตกต่างกัน

ไปตามบริบทที่ทำงานต่าง ๆ การศึกษานี้จึงเกิดขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ เพื่อนำไปสู่การวางแผนดูแลสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) ในบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการตรวจสุขภาพประจำปี (ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2556) การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างบนพื้นฐานของการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ที่นัยสำคัญทางสถิติ 5% และกำลัง 90% โดยอ้างอิงความชุก

ของภาวะ Metabolic Syndrome ที่ร้อยละ 9.5 จากการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ก่อนหน้านี้ (อุทัย เฟื่องธรรม, 2554) ทำให้ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 132 คน แต่ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรทั้งหมดของโรงพยาบาล ทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนจากผลการศึกษาลดลงเหลือน้อยกว่า 1%

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

บุคลากรที่มีสัญญาจ้างประจำของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ทำการลงทะเบียนเพื่อเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ โดยลงทะเบียนทางเวปไซต์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังจากลงทะเบียนแล้ว ข้อมูลการศึกษาสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและยินยอมจะปรากฏขึ้นมา หากบุคลากรตกลงยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์จะแสดงขึ้นมา ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และอาชีพ หลังจากตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ครบถ้วนแล้ว ผู้เข้าร่วมการศึกษาก็จะเลือกวันที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะ Metabolic Syndrome (MS)

ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับการตรวจสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การซักประวัติโรคประจำตัว การตรวจร่างกาย และการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ การซักประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในโลหิตสูง การตรวจร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบวงเอว และการวัดความดันโลหิต (โดยวัดความดันโลหิต 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 5 นาที ซึ่งค่าความดันโลหิตที่ใช้ในการศึกษา คือ ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตครั้งที่ 2 และ 3) การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจวัดระดับน้ำตาลอดอาหาร (Fasting plasma glucose (FPG)) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride(TG)) และระดับคอเรสเตอรอล HDL (HDL-cholesterol (HDL-C))

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Metabolic Syndrome ในการศึกษานี้ ใช้เกณฑ์สำหรับคนไทยอ้างอิงจากเกณฑ์ของการประชุมร่วมกันระหว่างสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation (IDF)), National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), American Heart Association (AHA) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Alberti *et al.*, 2009) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับสากลโดยจะถือ

ว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีภาวะ Metabolic Syndrome ต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. มีเส้นรอบวงเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไปในเพศชาย และตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไปในเพศหญิง
2. Triglyceride > 150 mg/dl (1.7 mmol/L)
3. HDL-Cholesterol < 40 mg/dl (1.03 mmol/L) ในผู้ชาย และ < 50 mg/dl (1.29 mmol/L) ในผู้หญิง
4. Systolic blood pressure > 130 mmHg หรือ Diastolic blood pressure > 85 mmHg.
5. Fasting blood glucose > 100 mg/dl (5.6 mmol/L)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome รายงานเป็นค่าความชุกและความถี่ และทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไป กับภาวะ Metabolic Syndrome โดยใช้ chi-square test ซึ่งข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์โดยโปรแกรม Stata V.12 (บริษัท Stata, เทกซัส, ประเทศสหรัฐอเมริกา)

ผลการศึกษา

จากบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 5,314 คน มีผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จำนวน 3,209 คน คิดเป็นอัตราการตอบรับเข้าร่วมการศึกษา ร้อยละ 60.4 โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาเพศหญิงจำนวน 2,473 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ 40.2 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.7) โดย

อายุเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 40.6 ปี และอายุเฉลี่ยของเพศหญิงเท่ากับ 40.1 ปี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($P = 0.4$) อาชีพพยาบาลคิดเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดของผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ รองลงมาได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ช่วยพยาบาล โดยคิดเป็นร้อยละ 38.5 ร้อยละ 26.0 และร้อยละ 16.2 ตามลำดับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) n = 3,209	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	736	22.9
หญิง	2,473	77.1
ช่วงอายุ (ปี)		
≤30 ปี	680	21.2
31 – 40 ปี	874	27.2
41 – 50 ปี	877	27.3
51 – 60 ปี	735	22.9
> 60 ปี	43	1.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 3,209		
สถานภาพ		
โสด	1,383	43.1
คู่	1,563	48.7
หย่า / หม้าย	255	8.0
ไม่ระบุ	8	0.2
อาชีพ		
แพทย์ / ทันตแพทย์ / อาจารย์	118	3.7
พยาบาล	1,234	38.5
ผู้ช่วยพยาบาล	519	16.2
เภสัชกร / นักเทคนิคการแพทย์	147	4.6
เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย / คนงาน	836	26.0
เจ้าหน้าที่ธุรการ	354	11.0
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	395	12.3
โรคเบาหวาน	80	2.5
โรคไขมันในโลหิตสูง	590	18.4

ข้อมูลการตรวจร่างกายและการตรวจเลือด มาตรฐาน 12.2) คั่งนิมวตกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.7 กก./ ทางห้องปฏิบัติการของผู้เข้าร่วมการศึกษา พบว่า มาตรฐาน 11.9) เส้นรอบวง น้ำหนักตัวเฉลี่ย 59.0 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 11.9) เส้นรอบวง เอวเฉลี่ย 78.2 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

10.6) ความดันโลหิตเฉลี่ย 116.8/73.8 ม.ม.ปรอท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.1) โดยในผู้เข้าร่วม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.5/11.4) ค่าเฉลี่ยระดับ การศึกษาเพศชาย มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ส่วนสูง TG 106.3 มก./ดล.(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 105.2) คำนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว SBP, DBP, TG และ ค่าเฉลี่ย HDL-C 58.5 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบน FBG สูงกว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาเพศหญิง อย่างมี มาตรฐาน13.2) และค่าเฉลี่ย FBG 91.9 มก./ดล. นัยสำคัญ (P<0.001) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตรวจร่างกายและตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูล*	เพศ		รวม (n = 3,209)
	ชาย (n= 736)	หญิง (n =2,473)	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	69.3 ±12.4	55.9 ± 10.4	59.0 ± 12.2
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	166.3 ± 9.2	156.0 ± 5.4	158.4 ± 7.8
ค่านีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	25.3 ± 12.2	23.2 ± 11.8	23.7 ± 11.9
เส้นรอบวงเอว (เซนติเมตร)	85.3 ± 10.5	76.1 ± 9.7	78.2 ± 10.6
Systolic blood pressure (mmHg)	126.8 ± 14.9	112.9 ± 14.2	116.8 ± 15.5
Diastolic blood pressure (mmHg)	81.1 ± 11.2	71.7 ± 10.6	73.8 ± 11.4
Triglyceride (mg/dl)	158.7 ± 128.3	89.4 ± 90.4	106.3 ± 105.2
HDL-cholesterol (mg/dl)	52.0 ± 12.3	60.6 ± 12.8	58.5 ± 13.2
Fasting plasma glucose	97.8 ± 21.4	90.0 ± 15.0	91.9 ± 17.1

* พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของข้อมูลในตารางทุกชนิด ระหว่างเพศชายและเพศหญิง
P < 0.001

ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome 15.3 - 17.9) ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีค่า ในเพศชาย สูงกว่าในเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทาง เท่ากับ ร้อยละ 16.1 (95% Confidence interval (CI) สถิติ (P < 0.001) ความชุกของภาวะ Metabolic

Syndrome เพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นของผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี จะมีความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome อยู่ที่ร้อยละ 9.2 แต่หากผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุมากกว่า 50 ปี ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome จะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 26.0 ($P < 0.001$)

ดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้พบความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome สูงขึ้นตามไปด้วย โดยหากผู้เข้าร่วมการศึกษามีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กก./ตร.ม. มีความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome เพียงร้อยละ 4.0 หากดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่าระหว่าง 25 – 30 กก./ตร.ม. ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome จะเพิ่มขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 34.1 และเมื่อดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่ามากกว่า 30 กก./ตร.ม. ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome จะเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 60.6 ($P < 0.001$) ผู้เข้าร่วมการศึกษามีโรคความดัน

โลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในโลหิตสูง เป็นโรคประจำตัว จะพบว่า มีความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome สูงกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว เหล่านี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แสดงในตารางที่ 3

จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด พบว่า ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome พบสูงที่สุดในอาชีพเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและคนงาน โดยมีความชุก เท่ากับ ร้อยละ 23.2 และมี Odds ของการเกิดภาวะ Metabolic Syndrome สูงกว่าอาชีพพยาบาล 2.6 เท่า (Odds ratio (OR) 2.6, 95%CI 2.0-3.3) อาชีพผู้ช่วยพยาบาลพบว่ามีภาวะ Metabolic Syndrome สูงเป็นอันดับสอง โดยพบความชุกที่ ร้อยละ 21.8 odds สูงกว่าอาชีพพยาบาล 2.4 เท่า (OR 2.4, 95% CI 1.8-3.1) ในขณะที่ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ต่ำที่สุดในอาชีพพยาบาล โดยมีค่าเท่ากับ ร้อยละ 10.5 ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาชีพแพทย์และเภสัชกร แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความชุก MS	95% CI	P value
ประชากรทั้งหมดในการศึกษา	16.1	15.3 - 17.9	
เพศ			< 0.001
ชาย	26.5	23.3 - 29.8	
หญิง	13.7	12.3 - 15.1	
อายุ (ปี)			< 0.001
< 35	9.2	7.6 - 11.1	
35 - 50	17.4	15.4 - 19.5	
> 50	26.0	22.9 - 29.2	
BMI (kg/m ²)			< 0.001
< 23	4.0	3.1 - 5.1	
23 - 25	14.2	11.3 - 17.0	
25 - 30	34.1	30.7 - 37.7	
> 30	60.6	53.6 - 67.3	
การมีโรคประจำตัว			
โรคความดันโลหิตสูง	40.2	35.4 - 45.3	< 0.001
โรคเบาหวาน	56.2	44.7 - 67.3	< 0.001
โรคไขมันในโลหิตสูง	26.6	23.1 - 30.3	< 0.001

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานและความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome

ตำแหน่งงาน	ความชุก MS	95% CI	OR	95% CI
พยาบาล	10.5	8.8 - 12.2	Ref	-
แพทย์ / ทันตแพทย์ / อาจารย์	11.0	5.4 - 16.6	1.0	0.6 - 1.9
ผู้ช่วยพยาบาล	21.8	18.2 - 25.3	2.4	1.8 - 3.1*
เภสัชกร / นักเทคนิคการแพทย์	15.0	9.2 - 20.7	1.5	0.9 - 2.4
เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย / คนงาน	23.2	20.3 - 26.1	2.6	2.0 - 3.3
เจ้าหน้าที่ธุรการ	17.2	13.3 - 21.2	1.8	1.3 - 2.5*

อภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากรของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีความชุกเท่ากับ ร้อยละ 16.1 โดยพบว่า ค่าความชุกนี้ สูงกว่าการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ก่อนหน้านี้ (อุทัย เฟื่องธรรม, 2554) และยังสูงกว่ากลุ่มประชากรปกติของประเทศไทย (กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์และคณะ, 2553; Lohsoonthorn *et al.*, 2007) อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดำรงชีวิต (NCEP, 2002) และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศชาย อายุที่เพิ่มมากขึ้น ดัชนีมวลกายที่เพิ่มมากขึ้น มีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในโลหิตสูง เป็นโรคประจำตัว และอาชีพ

ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในเพศชายสูงกว่าความชุกในเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ โดยผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบทั้งความชุกในเพศชายมากกว่าความชุกในเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษานี้ (อุทัย เฟื่องธรรม, 2554) บ้างพบว่าความชุกในเพศหญิงมากกว่าในเพศชาย (Santibhavank, 2007; ชวินทร์ เลิศศรีมงคลและ

คณะ, 2551) แต่บางการศึกษากลับพบว่าความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน (กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์และคณะ, 2553) ซึ่งความแตกต่างนี้ อาจเป็นผลมาจากความหลากหลายในบริบทของการดำเนินชีวิตดังที่กล่าวไปข้างต้น

ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่อายุมาก จะพบความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome สูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานจำนวนมากก่อนหน้านี้ (กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์และคณะ, 2553; อุทัย เฟื่องธรรม, 2554) นอกจากนั้นการที่พบว่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome สูงขึ้น เนื่องจากกลไกการเกิดภาวะ Metabolic Syndrome เป็นผลมาจากภาวะอ้วนนั่นเอง (IDF, 2006) การที่พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในโลหิตสูง มีภาวะ Metabolic Syndrome สูงกว่าผู้เข้าร่วมโครงการที่ไม่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ เนื่องจาก ภาวะ Metabolic Syndrome เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ที่กล่าวไป และเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Metabolic Syndrome ก่อนหน้านี้ของ IDF ยังนับ

โรคประจำตัวเหล่านี้เป็นหนึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัย อีกด้วย (Alberti *et al.*, 2005)

การพบความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างอาชีพต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ อาจเกิดจากลักษณะการทำงานที่หลากหลายในแต่ละอาชีพ (Palacios-Rodriguez *et al.*, 2010) ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตในบุคลากรแต่ละคน จนนำไปสู่การเกิดภาวะ Metabolic Syndrome ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การที่สัดส่วนเพศและอายุของผู้เข้าร่วมการศึกษา มีความแตกต่างกันไป ในแต่ละอาชีพ อาจเป็นปัจจัยกวนต่อความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพและความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ที่พบในการศึกษาครั้งนี้

ประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนสูงถึง 3,209 คน อีกทั้งยังครอบคลุมทุกกลุ่มอาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาล ทำให้ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ที่พบ สะท้อนถึงสถานการณ์ที่แท้จริงของบุคลากรทั้งหมดในโรงพยาบาล แต่การที่บุคลากรเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้โดยสมัครใจ อาจก่อให้เกิดอคติในการเลือกตัวอย่างประชากร (Selection bias) นอกจากนี้รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทำให้เป็นการยากที่จะสรุป

ว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศชาย อายุที่เพิ่มขึ้น และอาชีพ เป็นผลทำให้เกิดภาวะ Metabolic Syndrome และในทางกลับกันเราก็ไม่สามารถสรุปได้ว่า ภาวะ Metabolic Syndrome เป็นผลต่อการเกิดปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นได้ จึงนำไปสู่ข้อสรุปที่ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ล้วนส่งผลต่อการเกิดภาวะ Metabolic Syndrome ข้อจำกัดสุดท้ายของการศึกษาครั้งนี้เกิดจากสัดส่วนของกลุ่มประชากรบางอาชีพ เช่น แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ มีอัตราการเข้าร่วมโครงการต่ำ อาจส่งผลกระทบต่อความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ที่พบในบุคลากรครั้งนี้ได้

การศึกษานี้พบว่ามีความแตกต่างของภาวะ Metabolic Syndrome ในแต่ละอาชีพอย่างมีนัยสำคัญ และมีความชุกสูงมากในกลุ่มคนงานและเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ทางผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาในอนาคต ควรศึกษาถึงปัจจัยจากการทำงานที่จำเพาะในแต่ละกลุ่มอาชีพ ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะ Metabolic Syndrome เพื่อให้ได้ข้อสรุปในการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลต่อไป

สรุป

ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบได้ร้อยละ 16.1 ในอาชีพเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและคนงานมีภาวะ Metabolic Syndrome สูงถึงร้อยละ 23.2 โดยความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น และดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรสนับสนุนและรณรงค์ให้บุคลากรควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มคนงาน เพื่อลดภาวะ Metabolic Syndrome และป้องกันโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาจารย์ นพ.ชัยสิริ อังกระวารานันท์ และ ผศ.พญ.วิชุดา จิรพรเจริญ ที่กรุณาช่วยเหลือและให้ความเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิเคราะห์ข้อมูล และอภิปรายผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์กมลสมบูรณ์, สุรเชษฐ์ เลิศธิรพันธุ์, เมตตา บอลิกชิน โดรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย. สงขลานครินทร์เวชสาร 2553; 28(3): 145-53.
- ชวินทร์ เลิศศรีมงคล, ชัยสิริ อังกระวารานันท์, พนิดา ธงทอง, พิมพ์พร พรหมคำตัน, วินธนา กุศิริสิน. ความชุกของ Metabolic Syndrome ในแผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารสาธารณสุข ล้านนา 2551; 4(3): 390-9.
- ศิวากร พรตระกูลพัฒน์, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์, ทศิยา เทพขุนทอง, ธงชัย ประภูภาณวัตร. ดัชนีความเสี่ยงต่อเบาหวานของไทย รูปแบบประยุกต์กับการคัดกรองกลุ่มอาการทางเมแทบอลิก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554; 26(3): 213-24.
- อุทัย เฟื่องธรรม. ความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิก ในบุคลากรโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร 2554; 32(1): 11-7.

- Alberti K. G., Eckel R. H., Grundy S. M., et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009; 120(16): 1640-45.
- Alberti K. G., Zimmet P., Shaw J. & IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome-a new worldwide definition. *Lancet* 2005; 366: 1059-62.
- Boonyavarakul A., Choosaeng C., Supasyndh O. & Panichkul S. Prevalence of the metabolic syndrome, and its association factors between percentage body fat and body mass index in rural Thai population aged 35 years and older. *J Med Assoc Thai* 2005; 88 Suppl 3: S121-30.
- Grundy S. M. Metabolic syndrome pandemic. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008; 28: 629-636.
- Grundy S. M., Brewer H. B.Jr., Cleeman J. I., et al. Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008; 24: e13-8.
- Hsing A. W., Sakoda L. C. & Chua S.Jr. Obesity, metabolic syndrome, and prostate cancer. *Am J Clin Nutr* 2007; 86: s843-s857.
- International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Belgium: International Diabetes Federation; 2006.
- Kotronen A. & Yki-Jarvinen H. Fatty liver: a novel component of the metabolic syndrome. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008; 28(1): 27-38.

- Lohsoonthorn V., Lertmaharit S. & Williams M. A. Prevalence of metabolic syndrome among professional and office workers in Bangkok, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(9): 1908-15.
- National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106(25): 3143-421.
- Palacios-Rodriguez RG., Paulin-Villalpando P., Lopez-Carmona JM., Valerio-Acosta Mdel M. & Cabrera-Gaytan DA. [Metabolic syndrome in health care personnel from a primary care unit]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48(3): 297-302.
- Santibhavank P. Prevalence of metabolic syndrome in Nakhon Sawan population. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(6):1109-15.
- Taylor V. H. & Macqueen G. M.. Cognitive dysfunction associated with metabolic syndrome. *Obes Rev* 2007; 8(5): 409-18.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. P.9-10.
- World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Online]. Available from URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Accessed on July 1, 2013.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน

DEVELOPMENT OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR NURSING IN
PREVENTING URINARY TRACT INFECTION AMONG RETAINED CATHETER
PATIENTS IN LAMPHUN HOSPITAL

ธิดา กัมพวงศ์ ป.พส.

Tida Kumpoopong, Dip in Nursing Science

มาลีวรรณ เกษตรทัต พย.ม.

Maleewan Kasettath, M.N.S.

ศศิประภา ต้นสุวัฒน์ พย.ม.

Sasiprapa Tansuwat, M.N.S.

ธนินญา น้อยเปียง พย.ม.

Thaniya Noipiang, M.N.S.

โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

Lamphun Hospital, Lamphun Province

บทคัดย่อ

การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะเป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยเป็นสามอันดับแรกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ามารับรักษา ในโรงพยาบาลมักจะได้รับ การรักษา โดยการใส่สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 80 การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 8 หอผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 198 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 49 คน การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการศึกษานี้ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model 3 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และแบบวัดระดับความ

พึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93, 0.91, 0.92 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการส่งเสริมการปฏิบัติ ($p < 0.001$) สำหรับการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ พบว่า การปฏิบัติหลังได้รับการส่งเสริม เพิ่มขึ้นในทุกกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) Catheter associated urinary tract infection (CAUTI) ลดลงจาก 3.99 ครั้ง ต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะ เหลือ 1.54 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะ ($p < 0.001$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะช่วยลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ

คำสำคัญ: การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, การคาสายสวนปัสสาวะ, แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ, โรงพยาบาลลำพูน

Abstract

Urinary tract infection is one of the three leading causes of hospital acquired contagions. Most of patients over 80% admitted in the hospital have been catheterized via the urinary tract. The objectives of this study were to develop and implement a clinical nursing practice guideline for prevention of catheter associated urinary tract infection (CAUTI) in the patient wards in Lamphun Hospital. The study samples were 198 registered nurses and 49 nurse assistants recruited from the eight patient wards in Lamphun Hospital. The implementation through the clinical nursing practice guideline (CNPG) for prevention of CAUTI towards the PRECEDE-PROCEED Model was divided into three phases comprising a development of CNPG, implementation of CNPG, and outcome evaluation, respectively. Instruments used in the study were a questionnaire for general information and knowledge, an

observation form for practices, a surveillance form for CAUTI, and a form assessing satisfactory level of personnel on nursing care guideline. The contents of all forms were verified by three expertises and obtained the reliability test indices of 0.93, 0.91, 0.92 and 0.94, respectively. The statistical data analyses determined differences of average knowledge scores, practice methods of the nurse and evidences of the CAUTI. The results revealed that the knowledge about healthcare had significantly increased ($p < 0.001$) as well as the nursing practices toward CAUTI prevention in most of activities ($p < 0.001$). The rate of CAUTI decreased from 3.99 to 1.54 per 1,000 catheterization/day ($P < 0.001$). The conclusion could be made that the CNPG implementation was able to reduce the rate of CAUTI among admitted patients.

Keywords: Urinary Tract Infection, Retained catheterization, Clinical Nursing Practice Guideline, Lamphun Province.

บทนำ

การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะเป็นการติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วย ดังเช่นรายงานของเครือข่ายความปลอดภัยด้านสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Healthcare Safety Network [NHSN]) พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 30.1 (Hidron *et al.*, 2008) การศึกษาในประเทศฟินแลนด์จากการสำรวจความชุกพบการติดเชื้อในระบบ

ทางเดินปัสสาวะเป็นลำดับที่สอง คิดเป็นร้อยละ 19 (Lyytikainen *et al.*, 2008) และผู้ป่วยบางส่วนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะได้รับ การรักษาโดยการใส่สายสวนปัสสาวะร้อยละ 80 ของการใส่สายสวนปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Ha & Cho, 2006) และจากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในประเทศเยอรมัน พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการใส่อุปกรณ์ 3 อันดับแรก ได้แก่ การติดเชื้อ

ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสาขสวณ ปัสสาวะ 18.2 ครั้งต่อ 1000 วันที่คาสาขสวณ ปัสสาวะ การติดเชื้ปอดอ้กเสบจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ และการติดเชื้ในกระแสเลือด จากการใส่สาขสวณหลอดเลือด 3.1 ครั้งต่อ 1000 วันที่คาสาขสวณหลอดเลือด (Wagenlehner *et al.*, 2006) นอกจากนี้ยังมีรายงานของศูนย์ป้องกันและ ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปีมี การใส่สาขสวณปัสสาวะมากกว่า 5 ล้านคน และ เกิดการติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคา สาขสวณปัสสาวะมากกว่าร้อยละ 40 (CDC, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอังกฤษพบ การ ติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 36.4 (Getliffe & Newton, 2006)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานการเฝ้า ระวังการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ คาสาขสวณปัสสาวะในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลสงฆ์ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 พบอัตรา การติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสาข สวณปัสสาวะเท่ากับ 4.33, 3.86, 3.27 ต่อ 1,000 วัน ใส่สาขสวณปัสสาวะ ตามลำดับ (งานป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้ในโรงพยาบาล โรงพยาบาล สงฆ์, 2553)

การติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะส่งผล กระทบต่อระยะวันนอนในโรงพยาบาล ดังเช่น การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การติดเชื้ ระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสาขสวณ ทำให้ระยะวันนอนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3 วันต่อการติดเชื้ 1 ครั้ง (Catherine, 2009) และการศึกษาในประเทศ โมรอกโคพบว่า การติดเชื้ในระบบทางเดิน ปัสสาวะจากการใส่คาสาขสวณปัสสาวะในหอ ผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มระยะวันนอนเฉลี่ย 13.7 วัน (Madani *et al.*, 2009) การศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 12 แห่งของประเทศฝรั่งเศส พบว่าการติดเชื้ใน ระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดการตายเพิ่มขึ้น 0.9 เท่า (Clech *et al.*, 2007) เมื่อผู้ป่วยเกิดการติด เชื้ระบบทางเดินปัสสาวะทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาเพิ่มขึ้นต่อการติดเชื้หนึ่งครั้งคิดเป็น 500 - 1,000 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา (18,000 - 36,000 บาท) ต่อการติดเชื้ 1 ครั้ง (Hakvoort *et al.*, 2004) สำหรับประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มี การติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่คา สาขสวณปัสสาวะ ทำให้เพิ่มการใช้ยาต้านจุลชีพ จำนวนมาก และส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ประมาณ 3000 - 6,000 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา (230,309 - 345,082 บาท) (ไพฑูริย์ บุญมา, 2547) มี การศึกษาการติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะที่ สัมพันธ์กับการคาสาขสวณปัสสาวะใน 4 หอ ผู้ป่วยหนักประเทศอียิปต์ พบว่า เพศหญิงเสี่ยงต่อ การติดเชื้มากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า (Talaat *et al.*,

2010) จากการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวน ปัสสาวะของประเทศญี่ปุ่น พบว่าการดูแลที่ไม่ถูกต้องเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเลือกขนาดของสายสวนปัสสาวะไม่เหมาะสม การใช้สายสวนขนาดใหญ่มากกว่า 18 Fr เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การใส่ขนาดบอลูนที่ไม่ถูกต้อง ขาดการดูแลประจำวันเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การดูแลไม่อยู่ในระบบปิดเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การตรึงสายสวนไม่เหมาะสมเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การไม่ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Tsuchida *et al.*, 2008; พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2548) นอกจากนี้อุบัติการณ์การติดเชื้อยังขึ้นกับระยะเวลาที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยพบว่าการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานาน ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น (Rosenthal *et al.*, 2008) ซึ่งมีการศึกษาในฝรั่งเศสเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะพบว่าถ้าได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะภายในจำนวน 4, 5 และ 6 วันมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะร้อยละ 18.5, 25.9 และ 44.4 ตามลำดับ (Crouzet *et al.*, 2007)

ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้บุคลากรของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สุดให้มี

ความรู้ความเข้าใจ และมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อความปลอดภัยทั้งต่อบุคลากรเองและต่อผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินการจำเป็นต้องใช้หลายๆวิธีการร่วมกัน จึงจะประสบความสำเร็จ (The National Institute of Clinical Studies [NICS], 2004) จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในการส่งเสริมการล้างมือของบุคลากรต่อการป้องกันการติดเชื้อ พบว่ามีหลายรูปแบบ เช่น การอบรม การให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลโดยการสนทนา และพฤติกรรมกรรมการล้างมือที่ผ่านมา การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยใช้โปสเตอร์กระตุ้นเตือน การสนับสนุนอุปกรณ์ ได้ผลในการส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ (Naikoba & Hayward, 2001) ซึ่งตรงกับแนวคิด Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation Model (The PRECEDE-PROCEED Model) ของกรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) เป็นวิธีการที่ได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินปัญหาทางสังคม 2) การประเมินปัญหาทางวิชาการระบอบ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม 3) การประเมินปัญหาด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ได้แก่ ปัจจัยชักนำ คือ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายใน ปัจจัยส่งเสริม คือ ปัจจัยภายนอก

ที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ในเรื่องการยอมรับ และ ปัจจัยเอื้ออำนวย คือ ปัจจัยที่สนับสนุนหรือสิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม รวมทั้งลักษณะที่ช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ 4) ประเมินการบริหารนโยบาย และการวางแผนดำเนินการ 5) ดำเนินการตามแผน 6) การประเมินการปฏิบัติ เมื่อให้ทั้ง 3 ปัจจัย 7) การประเมินผลกระทบ/ผลที่เกิดขึ้นจากการให้ทั้ง 3 ปัจจัย และ 8) การประเมินผลลัพธ์ ครีดอน (Creedon, 2005) นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมการล้างมือของบุคลากร โดยให้ปัจจัยชักนำ (Predisposing factors) ได้แก่ การอบรมและการใช้โปสเตอร์ในการให้ความรู้แก่บุคลากร ปัจจัยส่งเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) ได้แก่ การสนับสนุนแอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือ พบว่า บุคลากรมีการทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51 เป็นร้อยละ 83 รวมทั้งความรู้และทัศนคติต่อการล้างของบุคลากรเพิ่มขึ้น ดังเช่นผลการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัสออเรียส ที่คือต่อยามทิจิลลิน ของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โดยการอบรมให้ความรู้และคู่มือ ให้ข้อมูลย้อนกลับ รณรงค์ด้วยโปสเตอร์ และสนับสนุนแอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือ ผ้าปิดปาก-ปิดจมูกแก่พยาบาล พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัส

ออเรียสที่คือต่อยามทิจิลลินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.7 เป็นร้อยละ 95.4 (ขวัญตา กล้าการนา, 2550) และ ผลการส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามหลักการทั้งหมด โดยใช้กรอบแนวคิด The PRECEDE-PROCEED Model ด้วยการสนับสนุนปัจจัยต่างๆ สามารถช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น และจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากร (รัชนิกร หาแก้ว, 2550)

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิระดับต้น ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและรักษาในโรงพยาบาล โดยดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีโรคที่ซับซ้อนที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาล ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา การผ่าตัด การประเมิน หรือการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการสวนคาสาขสวนปัสสาวะไว้เป็นจำนวนมาก โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2555 จำนวนวันคาสาขสวนปัสสาวะ 21,954 วัน คิดเป็นอัตราการคาสาขสวนปัสสาวะร้อยละ 3.5 (งานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลลำพูน, 2556) มีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยทุกรายและมีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งต่างๆ รวมทั้งมีการจัดอบรม

บุคลากรเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการจัดทำมาตรฐานการใส่สายสวนปัสสาวะ มาตรฐานการถอดสายสวนปัสสาวะ และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่สวนสายสวนปัสสาวะ รวมทั้งได้มีการจัดอบรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามระบบต่าง ๆ แก่บุคลากรทั้งใหม่และเก่าเป็นประจำทุกปี โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่ยังคงพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการสวนสายสวนปัสสาวะสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งเป้าหมายไว้ (ไม่เกิน 3 ครั้งต่อ 1,000 วันสายสวนปัสสาวะ) โดยพบการติดเชื้อ 3.5, 3 และ 3.5 ครั้งต่อ 1,000 วันสายสวนปัสสาวะในปี พ.ศ. 2553, 2554 และปี พ.ศ.2555 ตามลำดับ (งานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลลำพูน, 2556) ซึ่งถือว่าดูเหมือนจะบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แล้ว แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่มีประเภหลังทำหัตถการหรือทำการผ่าตัดแล้วสายสวนปัสสาวะที่กลับไปบ้านและต้องกลับมาอนโรงพยาบาลด้วยปัญหาเรื่องการไหลของปัสสาวะและติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมาจากบ้าน รวมถึงผู้ป่วยรับใหม่ที่มีความจำเป็นที่จะต้องสวนสายสวนปัสสาวะ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และผู้ป่วยที่มีปัญหาอัมพาตครึ่งซีก พบว่าแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน

ปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการสายสวนปัสสาวะยังไม่ครอบคลุมและมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและหลากหลาย ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อ การพัฒนาและนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการสายสวนปัสสาวะ มาปฏิบัติและประยุกต์ให้เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลลำพูนขึ้น เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และสามารถปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง เป็น ไปในแนวทางเดียวกัน ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

การส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินั้นจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่าใช้วิธีการเดียวได้ผลไม่มากนัก ควรใช้หลายวิธีประกอบกันจึงจะทำให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Bero *et al.*, 1998; Naikoba & Hayward, 2001) ซึ่งตรงกับแนวคิด The PRECEDE-PROCEED Model ของกรีนและครุยเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับการวินิจฉัยการศึกษาและองค์กร ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ว่าต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยชักนำ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยเอื้ออำนวย

โดยปัจจัยชักนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และการรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จะส่งเสริมหรือยับยั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ รางวัลที่ได้รับ การให้ข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลอื่น หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะกระตุ้นหรือยับยั้งให้พฤติกรรมคงอยู่หรือหมดไป และปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ ความชำนาญ แหล่งประโยชน์ หรืออุปสรรค เป็นปัจจัยทางสังคมหรือระบบที่จะกระตุ้นหรือยับยั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นหากมีการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอาจจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ
2. เพื่อประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ

วิธีการศึกษา

ในการวิจัยนี้ ใช้ The PRECEDE-PROCEED Model ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาทางสังคม 2) การประเมินปัญหาทางวิทยาการระบาด พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม 3) การประเมินปัญหาด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ได้แก่ ปัจจัยชักนำ คือ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายใน ปัจจัยส่งเสริม คือ ปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องการยอมรับ และ ปัจจัยเอื้ออำนวย คือ ปัจจัยที่สนับสนุนหรือสิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม รวมทั้งลักษณะที่ช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ 4) ประเมินการบริหารนโยบาย และการวางแผนดำเนินการ 5) ดำเนินการตามแผน 6) การประเมินการปฏิบัติ เมื่อให้ทั้ง 3 ปัจจัย 7) การประเมินผลกระทบ/ผลที่เกิดขึ้นจากการให้ทั้ง 3 ปัจจัย และ 8) การประเมินผลลัพธ์

โดยศึกษาในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 198 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 49 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ 8 หอผู้ป่วย ประกอบด้วย หอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ชั้น 2 พิเศษสงฆ์ 3 ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง อายุรกรรมหญิง สูติรีเวชกรรม อายุรกรรมชาย 1 และอายุรกรรม

ชาย 2 ระหว่างเดือน ตุลาคม 2555 ถึง เดือนมีนาคม 2556 มีดำเนินการเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และแบบวัดระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายการพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93, 0.91, 0.92 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้นโยบายการพยาบาล โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Chi-Square test

ผลการศึกษา

ผลจากการใช้ PRECEDE-PROCEED Model ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินปัญหาด้านสังคม คุณภาพชีวิต ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพและประเมินปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 37.10 และทำความสะอาดมือหลังสัมผัสผู้ป่วยเพียงร้อยละ 32.98 เนื่องจากเร่งรีบและไม่มีความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้รายงานข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเพื่อให้บุคลากรเข้าร่วมงานวิจัยการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินด้านการเจ็บป่วย หรือภาวะสุขภาพ ด้านพฤติกรรมและด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลงานควบคุมโรคติดเชื้อโรงพยาบาลลำพูน พบว่าอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 3.99 จากการสอบถามพบว่าบุคลากรเห็นความสำคัญและคิดว่าไม่เป็นอันตราย

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินปัญหาทางการศึกษา และนิเวศวิทยา ในการส่งเสริมได้แก่ ปัจจัยชักนำ ปัจจัยส่งเสริม และ ปัจจัยเอื้ออำนวย ผู้วิจัยพบปัญหาในแต่ละปัจจัย คือ ปัจจัยชักนำ พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง ปัจจัยส่งเสริม พบว่า โรงพยาบาลขาดการกระตุ้นในการส่งเสริมการปฏิบัติตามการป้องกันการติดเชื้อ

เชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและปัจจัยเอื้ออำนวย พบว่า ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินการบริหาร นโยบาย และการวางแผนดำเนินการ มีนโยบายออกจากคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล ลำพูนให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะแต่ขาด ความต่อเนื่อง และการกระตุ้นการให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะนั้นผู้วิจัยได้เชิญบุคลากรหอผู้ป่วยใน ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมการวิจัย ประกอบด้วย การให้ความรู้ แจกคู่มือ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ติดโปสเตอร์เตือน และสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ สังเกตการปฏิบัติแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ และบันทึก อุปกรณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ โดยใช้เวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ผู้วิจัยส่งเสริมการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสาย

สวนปัสสาวะ โดย การให้ความรู้ แจกคู่มือ ให้ข้อมูลย้อนกลับ โปสเตอร์เตือน การสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยการบรรยาย การอภิปราย การเปิดโอกาสซักถามและแสดงข้อคิดเห็นและการเสนอแนะข้อคิดเห็นร่วมกัน การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เรื่องการทำความสะอาดมือ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ พร้อมกับแจกคู่มือ แก่หอผู้ป่วยใน และแนวปฏิบัติอย่างย่อติดที่บริเวณเตรียมอุปกรณ์เพื่อทำหัตถการสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้แก่ สบู่ แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ ผ้าเช็ดมือและกระดาษเช็ดมือ ถุงมือ ถังน้ำใบเล็ก ผ้ายางกันเปื้อน และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยจ่ายกลางในการบรรจุสำลีแอลกอฮอล์เป็นห่อ เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินการเปลี่ยนแปลง จากการให้ทั้ง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยชักนำ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเอื้ออำนวย ผู้วิจัยแจกแบบวัดความรู้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบ

ทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสาขสวนปัสสาวะ
หลังการสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

ขั้นตอนที่ 7 - 8 ประเมินผลกระทบและ
ผลลัพธ์ที่มีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตจากการให้ทั้ง 3
ปัจจัย ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการ
ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย
ที่คาสาขสวนปัสสาวะ ของบุคลากรเป็นระยะเวลา
4 สัปดาห์ ผลดังนี้

บุคลากรพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งพยาบาล
วิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นเพศหญิงทั้งหมด

โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ
ปริญญาตรีร้อยละ 97.47 ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุก
คน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ระยะเวลา
การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามี
ประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 32.32 ส่วนผู้ช่วยเหลือคนไข้มีระยะเวลา
การปฏิบัติงาน น้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
38.77 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน

ลักษณะ	ตำแหน่งการปฏิบัติการ			
	พยาบาลวิชาชีพ		ผู้ช่วยเหลือคนไข้	
	(N = 198)		(N = 49)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	198	100	49	100
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา	0	0	49	100
ปริญญาตรี	193	97.47	0	0
ปริญญาโท	5	2.53	0	0
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)				
≤ 5	64	32.32	19	38.77
6-10	55	27.77	14	28.57
11-15	57	28.78	8	16.32
>15	22	11.12	8	16.32

คะแนนความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวน ปัสสาวะก่อนดำเนินการศึกษา มีคะแนนต่ำสุด 11 คะแนน สูงสุด 18 คะแนน หลังดำเนินกิจกรรมมีคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน หลังดำเนินการศึกษา ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวน ปัสสาวะในกลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน (คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน)

การดำเนินการ	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	df	P- Value
ก่อน	11	18	14.88	1.94	-8.117	197	< 0.001
หลัง	15	20	17.47	1.54			

คะแนนความรู้ของผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวน ปัสสาวะก่อนดำเนินการศึกษา มีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน สูงสุด 18 คะแนน หลังดำเนินกิจกรรมมีคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน หลังดำเนินการศึกษา ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวน ปัสสาวะในกลุ่ม ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลลำพูน (คะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน)

การดำเนินการ	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	df	P- Value
ก่อน	12	18	14.68	1.94	-7.85	18	< 0.001
หลัง	15	20	17.47	1.57			

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติ กิจกรรมพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรมอย่างมี เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะใน นัยสำคัญทางสถิติ ตามตารางที่ 4 ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะพบว่า มีการปฏิบัติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

กิจกรรมพยาบาล	การปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ				χ^2	P-value
	ก่อน (n= 97)		หลัง (n=120)			
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ		
1. ทำความสะอาดมือแบบ normal hand washing ก่อนสัมผัสผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ	36/97	37.10	88/120	73.33	22.27	0.000
2. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด	40/97	41.24	120/120	100.0	92.67	0.000
3. ดูแลสายสวนไม่ให้หัก พับ งอ	35/97	36.08	115/120	95.83	86.95	0.000
4. ยึดตรึงสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม	35/97	36.08	116/120	96.67	90.19	0.000
5. จัดถุงให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ	40/97	41.24	120/120	100.00	92.63	0.180
6. เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับปัสสาวะเมื่อมีข้อบ่งชี้	42/97	43.29	120/120	100.00	88.17	0.320
7. ทำความสะอาดมือแบบ normal hand washing หลังสัมผัสผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ	32/97	32.98	98/120	81.67	50.91	0.000
รวม	260/679	38.25	777/840	92.5	506.85	0.000

หมายเหตุ ตัวเลขเศษ คือจำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง ตัวเลขส่วน คือ จำนวนเหตุการณ์ที่สังเกตได้ทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนดำเนินการพบมีผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะติดเชื้อ จำนวน 24 คน ไม่ติดเชื้อ จำนวน 1,831 คน และหลังดำเนินการพบมีผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะติดเชื้อ จำนวน 10 คน ไม่ติดเชื้อ จำนวน 2,685 คน ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

การดำเนินการ	ติดเชื้อ		ไม่ติดเชื้อ		χ^2	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ก่อน	24	1.29	1831	98.71	11.40	< 0.001
หลัง	10	0.37	2685	99.63		

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะก่อนดำเนินการศึกษา พบอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวน

ปัสสาวะหลังดำเนินโครงการพัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ลดลงจาก 3.99 ครั้งต่อ 1000 วันนอน เป็น 1.54 ครั้งต่อ 1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ (ครั้งต่อ 1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ)

การดำเนินงาน	จำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะ	จำนวนครั้งของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	อัตราการติดเชื้อต่อ 1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ
ก่อน	6010	24	3.99
หลัง	6510	10	1.54

อภิปรายผล

หลังการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติบุคลากรพยาบาลมีการปฏิบัติตามการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในภาพรวมถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.55 เป็นร้อยละ 89.5 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 และอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะลดลงจาก 3.99 ครั้งต่อการปฏิบัติ

1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะเป็น 1.54 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะ จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสนับสนุนกรอบแนวคิด The PRECEDE - PROCEED Model (Green & Krueter, 2005) ในการวินิจฉัยและประเมินว่ามีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล และนำไปวางแผน โดยยึดหลักความร่วมมือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ตามสาเหตุหรือปัจจัยเหล่านั้นด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของแต่ละชุมชนหรือสังคม (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2549; วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพพรรณ ศิลปสุวรรณ, 2541)

ขั้นตอนที่ 1-3 การค้นหาปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังมีปัญหาเรื่องการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ และขาดปัจจัยชี้กนำ คือนุเคราะห์ทางการพยาบาลยังขาดความรู้และไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ปัจจัยส่งเสริมคือ ขาดการกระตุ้นในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และปัจจัยเอื้ออำนวย พบว่า อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมีไม่เพียงพอ ในการวิจัยนี้บุคลากรทางการพยาบาล โดยทุกคนเห็นความสำคัญของปัญหา และก่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหามีส่วนร่วม ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่ได้ใช้ขั้นตอนที่ 1-3 มาใช้ค้นหาปัญหาการปฏิบัติของบุคลากรในการส่งเสริมการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อในพยาบาลโดยการวิเคราะห์ตาม ปัจจัยชี้กนำ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยเอื้ออำนวย (กมลวัลย์ ไครบุตร, 2551; ขวัญตา กล้าการนา, 2550; จริยา พันธุ์วิทยากุล, 2543; พิมพา ปันตัน, 2547; เขวมาลัย เหลืองอร่าม, 2551; รัชนิกร หาแก้ว, 2550; Creedon, 2005)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินการบริหาร นโยบาย และวางแผนการดำเนินการ ผู้วิจัยสอบถามพยาบาลควบคุมการติดเชื้อและตรวจสอบเอกสารของ

คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลลำพูน พบว่า โรงพยาบาลลำพูนมีนโยบายให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แต่ขาดความต่อเนื่องและการกระตุ้นการให้ความรู้แก่บุคลากร ในการวิจัยครั้งนี้ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยในและบุคลากรทุกคนเข้ามีส่วนร่วมการวิจัยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ แบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนสิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือ ผ้าเช็ดมือ รองลงมา คือ สนับสนุน้ำยาทำความสะอาดมือ การสนับสนุนด้านอื่นๆที่ต้องการ มากที่สุดคือ การอบรม รองลงมาคือ คู่มือและนโยบาย ตามลำดับ การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ประกอบด้วย การให้ความรู้ คู่มือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ ไปสเตอร์เดือน การสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โดยผ่านที่ประชุมผู้บริหารและหัวหน้างานโรงพยาบาลลำพูนเป็นอย่างดี ได้แก่ สนับสนุนและแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ ผ้าเช็ดมือและ

กระดาษเช็ดมือ ผ้าเช็ดมือเปียก ซึ่งมีผู้นำกรอบแนวคิด PRECEDE มาวางแผนเพื่อดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล โดยการให้ การให้ความรู้ คู่มือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ ไปสเตอร์เตือน การสนับสนุนอุปกรณ์ และพบว่าบุคลากรสุขภาพมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นในเรื่องของการล้างมือ การป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ (กมลวัลย์ ไครบุตร, 2551; ขวัญตา กล้าการนา, 2550; พิมพา ปันตัน, 2547; เขวามาชัย เหลืองอร่าม, 2551; รัชนิกร หาแก้ว, 2550; Creedon, 2005)

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ คือ การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการแต่ละปัจจัยที่ขาดและตรงกับความต้องการของพยาบาลวิชาชีพ โดยให้ปัจจัยชักนำ คือ การอบรมให้ความรู้ร่วมกับการให้คู่มือ ปัจจัยส่งเสริม คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการติดโปสเตอร์เตือน และปัจจัยเอื้ออำนวยคือ การสนับสนุนอุปกรณ์ เพื่อช่วย การลดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ดังเช่นการศึกษาของ เพ็ญญา พร้อมเพ็ริย (2551) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล และอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทาง

หลอดเลือดดำส่วนปลายในโรงพยาบาลชุมชน ภายหลังกการอบรมและการแจกคู่มือการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย การให้ข้อมูลย้อนกลับและการติดโปสเตอร์เตือน และการสนับสนุนอุปกรณ์ พบว่าพยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.00 เป็น 14.75 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และลดอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจาก 5.14 ครั้งต่อ 1,000 วันให้สารน้ำ เป็น 1.48 ครั้งต่อ 1,000 วันให้สารน้ำ

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติตามแบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยบุคลากร และหน่วยงานในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ผู้วิจัยวัดการประเมินการเปลี่ยนแปลงโดยการวัดความรู้ภายหลังสิ้นสุดการ

ส่งเสริมแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่าความรู้ของบุคลากร
ทางการพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 7-8 การประเมินผลกระทบและการ
ประเมินผลลัพธ์

จากการดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติ โดย
เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบ
ทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวน
ปัสสาวะ ภายหลังการ สิ้นสุดการส่งเสริมแล้ว 4
สัปดาห์ ภาพรวมของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบ
ทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวน
ปัสสาวะถูกต้องเพิ่มขึ้น จากแบบสอบถามความ
คิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการส่งเสริมบุคลากร
ทางการพยาบาลเห็นว่าควรมีการดำเนินต่อไป
เช่นเดิม ร้อยละ 95.52 ควรมีการดำเนินต่อไป
นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพยังเห็นว่า ตนเองควรมี
การปรับปรุงควรการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน
ปัสสาวะ ร้อยละ 22.2 ควรมีการรณรงค์จากหน่วยงาน
และความตระหนักในการปฏิบัติของพยาบาล
วิชาชีพ การให้ข้อมูลย้อนกลับทำโดยเฉพาะการ
ให้ข้อมูลย้อนกลับในทันที ภายหลังการปฏิบัติ
กิจกรรมทำให้พยาบาลยอมรับการปฏิบัติของตนเอง
และไม่ลืมเหตุการณ์ที่ผ่านมาทำให้การป้องกันการ
ติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ผลดีขึ้น การกระตุ้นเตือน
ให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลใน

การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ส่งผลให้
ประชากรมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบ
ทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวน
ปัสสาวะ มากกว่าก่อนการส่งเสริมชัดเจน
โดยเฉพาะหมวดการทำมาสะอาดมือ ก่อนการใส่
สายสวนปัสสาวะเช่นเดียวกับการศึกษาของ จริยา
พันธุ์วิทย์กุล (2543) เรื่องการให้ความรู้และข้อมูล
ย้อนกลับและความรู้ต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันของ
พยาบาลซึ่งพบว่า ภายหลังการให้ความรู้และข้อมูล
ย้อนกลับ พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันของ
พยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 พิมพา
ปิ่นตัน (2547) ศึกษาการให้ความรู้และการให้ข้อมูล
ย้อนกลับต่อการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการ
ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบ
ทางเดินปัสสาวะ พบว่าภายหลังการให้ความรู้และ
ข้อมูลย้อนกลับทำให้บุคลากรพยาบาลทำให้
พยาบาลเกิดความตระหนักและเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมการปฏิบัติในการสวนปัสสาวะและการ
ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานในโรงเรียนแพทย์
ประเทศอินโดนีเซียการให้ความรู้และการให้ข้อมูล
ย้อนกลับอย่างเป็นทางการ ส่งผลให้บุคลากรมี

ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานเพิ่มขึ้น พบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติการป้องกันการถูกเข็ม ทิ่มแทงหรือของมีคมบาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็น 20 (Duerink *et al.*, 2006) นอกจากนี้การทบทวน วรรณกรรมของ เจนเนอร์ และคณะ (Jenner *et al.*, 2005) พบว่าในวงการแพทย์ใช้โปรสเตอร์เพื่อ รมรงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพมานานแล้ว เช่น การดูแลสุขภาพปากและฟัน การออกกำลังกาย การ สูบบุหรี่ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ การศึกษาความร่วมมือของบุคลากรในการล้างมือ โรงพยาบาลประเทศอังกฤษใช้วิธีกระตุ้นหลายวิธี ประกอบกันเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรล้างมือโดยใช้ โปรสเตอร์เป็นสื่ออย่างหนึ่งในการกระตุ้นบุคลากร ให้ปฏิบัติการล้างมือและพบว่าบุคลากรมีการล้างมือ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 32 เป็น ร้อยละ 63 (Randle *et al.*, 2006) การสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานในการวิจัยนี้ ได้แก่ สบู่ และแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ ผ้า เช็ดมือและกระดาษเช็ดมือ แวนตา ถูมือ ผ้าเช็ดมือ เป็อน และพลาสติกกันเป็อน กระดาษทิชชู ถึงทั้งผ้า เป็อนจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการ สนับสนุนจากหน่วยจ่ายกลางในการบรรจุ สำลี แอลกอฮอล์สำหรับเตรียมยา หรือ ให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ เป็นท่อๆ เพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละ ราย ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีอุปกรณ์ใช้อย่างเพียงพอ สามารถหยิบใช้ได้สะดวกในขณะที่ปฏิบัติงาน

ส่งผลให้การปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้น และการศึกษา ของ วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียรและ สมหวัง ด้านชัย วิจิตร (2548) ศึกษาการทำความสะอาดมือของ บุคลากรในโรงพยาบาล พบว่าการเพิ่มอุปกรณ์ สนับสนุนการทำความสะอาดมือให้เพียงพอและ สะดวกต่อการใช้งานมีผลต่อการทำให้บุคลากรทาง สุขภาพมีการทำความสะอาดมือได้ถูกต้องเพิ่มมาก ขึ้น มีการศึกษาการใช้กลยุทธ์หรือวิธีการหลายๆวิธี ในงานวิจัยเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรเกิด ความร่วมมือในการปฏิบัติได้แก่ การกำหนด นโยบาย การให้ความรู้ การใช้โปรสเตอร์กระตุ้น เตือน และการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆส่งผลให้ บุคลากรเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้น (Creedon, 2005; Gould *et al.*, 2007; Naikoba & Hayward, 2001; NICS, 2004)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะ จากการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วย ใน อย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ควรขยายผลการดำเนินงานไปยัง หน่วยงานอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบคลุม บุคลากรสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หอ ผู้ป่วยหนัก เจ้าหน้าที่สถานีนามัย โดยการอบรม ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน

ปีสภาวะ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปีสภาวะจากการคาสายสวนปีสภาวะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. ควรมีการติดตามความยั่งยืนของผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปีสภาวะจากการคาสายสวนปีสภาวะ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมและให้การสนับสนุนในศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จนสำเร็จและคล้ว่งไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กมลวัลย์ ไครบุตร. ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

ขวัญตา กล้าการนา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัสออเรียสที่ติดต่อยามะริซิลิน ในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปีสภาวะในผู้ป่วยคาสายสวนปีสภาวะโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมทางเดินปีสภาวะ โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสงฆ์, 2553.

งานควบคุมโรคติดเชื้อโรงพยาบาลลำพูน. สรุปรายงานการเจ็บป่วยเจ้าหน้าที่ประจำปี พ.ศ. 2555.

งานการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, โรงพยาบาลลำพูน; 2556.

จรรยา พันธุ์วิทยากุล. ผลการให้ข้อมูลย้อนกลับ และความรู้ต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.

- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, และ เถลิ้มพล ต้นสกุล. พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาสารคาม: คลังนานาวิทยา; 2549: 71-80.
- พิมพ์ ปันตัน. ผลการให้ความรู้และการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
- พูนทรัพย์ โสภารัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- ไพฑูรย์ บุญมา, อภิญญา ไทยวงศา, และ บราลี หาญกล้า. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย 2547; 4(2): 4-9.
- เพ็ญญา พร้อมเพรียง. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล และอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
- เยาวมาลย์ เหลืองอร่าม. ผลของการอบรม การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนชุดจะเลือดต่อความรู้ของพยาบาลและอัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
- รัชนิกร หาแก้ว. ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำความสะอาดมือต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
- วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และ สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. การพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย 2548; 15(3): 28-44.

- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ, และ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. การวางแผนการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
- Bero LA., Grilli R., Grimshaw JM., Harvey E., Oxman AD., & Ann M. Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of intervention to promote the implementation of research finding. *British Medical Journal* 1998; 317(15): 465-68.
- Catherine S. Target: Catheter-Associated Urinary tract Infection (CAUTI). 2009. Available From: <http://www.medline.com>.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2009 Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections, 2009. Available from: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html.
- Clech C, Schwebel C, Franais A, *et al*. Does Catheter Associated Urinary Tract Infection Increase Mortality in Critically Ill Patients. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2007; 28(12): 1367-73.
- Creedon S.A. Healthcare workers' hand decontamination practices: Compliance with recommended guidelines. *Journal of Advance Nursing* 2005; 51(3): 208-216.
- Crouzet J., Bertrand X., Venier AG., Badoz, M., Husson, C., & Talon, D. Control of the urinary catheterization: impact on catheter-associated urinary. *Journal of Hospital Infection* 2007; 67: 253-7.
- Duerink DO, Farda H., Nagelkerkr NJD, *et al*. Preventing nosocomial infections: improving compliance with standard precautions in an Indonesian teaching hospital. *Journal of Hospital Infection* 2006; 64: 36-43.
- Getliffe K, & Newton T. Catheter-associated urinary tract infection in primary and community health care. *Age Ageing* 2006; 35(5); 477-81.
- Gould DJ., Hewitt-taylor J, Drey NS, Gammom J, Chudleigh J, & Weinberg JR. The clean your hands campaign: Critiquing policy and evidence base. *Journal of Hospital Infection* 2007; 65: 95-101.
- Green LW, & Kreuter MW. Health promotion planning an educational and environmental approach (2nd ed.). London: Mayfield; 1991.

- Green L. W., & Kreuter M. W. Health promotion planning an educational and ecological approach (4nd ed). New York: McGraw Hill; 2005.
- Ha, U-S. & Cho, Y.-H. Catheter-associated urinary tract infections: new aspects of novel urinary catheters. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2006; 28: 485-490.
- Hakvoort RA, Elberink R., Vollebregt A., Van der Ploeg T, & Emanuel MH. Early catheter removal after vaginal prolepse surgery reduced urinary tract infection and days in hospital. *Evidence-based Obstetrics and Gynecology* 2004; 7: 828-30.
- Hidron, Alicia I, Edwards, *et al.* NHSN Annual Update: Antimicrobial Resistant Pathogens Associated With Healthcare Associated Infections: Annual Summary of Data Reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2006-2007. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2008; 29(11): 996-1011.
- Jenner EA., Jones F, Fletcher BC., Miller L, & Scott GM. Hand hygiene poster: Motivators or mixed messages. *Journal of Hospital Infection* 2005; 60: 218-25.
- Lyytikäinen O, Kanerva M, Agthe N, Miettinen T, & Ruutu P. Healthcare-associated infections in Finnish acute care hospitals: a national prevalence survey 2005. *Journal of Hospital Infection* 2008; 69(3): 288-94.
- Madani N, Rosenthal D, Dendane T, Abidi K, Zeggwagh A. & Abouqal R. Health-care associated infections rates, length of stay, and bacterial resistance in an intensive care unit of Morocco: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) 2009. Available from: <http://www.intarchmed.com/content/2/1/29>
- Naikoba S, & Hayward A. The effectiveness of interventions aimed at increasing hand washing in healthcare workers - A systematic review. *Journal of Hospital Infection* 2001; 47: 173-180.

- National Institute of Clinical Studies [NICS.]. Adopting best evidence in practice. The Medical Journal of Australia 2004; 180(6): 41-72.
- Puri J. Catheter Associated Urinary Tract Infections in Neurology and Neurosurgical Units. Journal of Infection, (2002); 44: 171-75.
- Rabkin DG, Stifelman MD, Birkhoff J, *et al.* Early catheter removal decreases incidence of urinary tract infections in renal transplant recipients. Transplant Proc 1998; 30(8): 4314-6.
- Randle, J., Clarke, M., & Storr, J. Hand hygiene compliance in healthcare workers. Journal of Hospital Infection 2006; 64: 205-9.
- Rosenthal VD, Maki DG., Metha A, *et al.* International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary for 2002-2007, issued January 2008. American Journal of Infection Control. 2008;1-11.
- Talaat M, Hafez S, Saied T, Elfeky R, El-Shoubary W, Pimentel G. Surveillance of catheter-associated urinary tract infection in 4 intensive care units at Alexandria university hospitals in Egypt. Am J Infect Control 2010; 38(3): 222-8.
- Tsuchida T, Makimoto K, Ohsako S *et al.* Relationship between catheter care and catheter associated urinary tract infection at Japanese general hospitals: a prospective observational study. Int J Nurs Stud 2008; 45(3): 352-61.
- Wagenlehner FM, Loibl E, Vogel H, Naber KG. Incidence of nosocomial urinary tract infections on a surgical intensive care unit and implications for management. Int J Antimicrob Agents 2006; S86-90.

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน
เรื่องความดันโลหิตสูง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

**PARTICIPATION OF PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS TO PROMOTE
GENERAL PUBLIC AWARENESS OF HYPERTENSION, CHIANGKAM
DISTRICT, PHAYAO PROVINCE**

พิทยายุต อยู่ดี พบบม.(พัฒนาลังคม)

Pittayayut Yoodee, M.A. (Social Development)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคำ
จังหวัดพะเยา

Chiangkam District Public Health Office,
Phayao Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลทุ่งผาสุข อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 41-45 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพการสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ประกอบอาชีพเกษตรกรทำนา สถานะทางการเงินของครอบครัวรายรับน้อยกว่ารายจ่าย จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน การคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทดแทนญาติสนิทและเพื่อน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 15-20 ปี ระดับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง พบว่าอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับดี และดีมาก ตามลำดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เรื่องความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานะทางการเงินของครอบครัว วิธีการคัดเลือกการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลของการศึกษานี้ การ

คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าปฏิบัติงาน ควรพิจารณาคัดเลือกจากบุคคลที่มีความสมัครใจ และควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีรายได้เสริมจากการประกอบอาชีพหลักซึ่งเป็นอาชีพเกษตรกรรมทำนา

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข, การส่งเสริมสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง

Abstract

The survey study comprised two major purposes: 1) the level of participation, and 2) the factors related to the participatory motive of voluntary public health personnel working in Thung-phasook Sub-district Health Promotion Hospital areas. The total of 126 health volunteers who worked at the hospital were recruited to join as the research participants. This study collected data from the volunteers by an interview with a questionnaire. The data analysis performed by descriptive statistics and inferential statistics was to explain the demographic characteristics of the volunteers, and other determinants that urged to participation impelling factors. The results revealed that the majority of health volunteers were female 52.4%, aged 41-45 years old, educated from an elementary schooling, married and raised on their own farming produces. They entered this voluntary work for 15-20 years. Level of knowledge toward various responsibilities was in a fair rank. Associations of factors found that the voluntary motive in public health work especially hypertension care were their family economic ($P < 0.05$), and the method to recruit the health volunteers ($P < 0.05$).

Keywords: Community participation, Village Health Volunteer, Health care promotion, Hypertension

บทนำ

จากแนวคิดและวิธีการพัฒนา สังคมในอดีตได้มุ่งเน้นพัฒนาเศรษฐกิจเป็นสำคัญโดยคาดหวังว่าเมื่อเศรษฐกิจเจริญเติบโตแล้วรายได้จะกระจายสู่คนส่วนใหญ่ของประเทศทั้งในรูปแบบ

สวัสดิการทางสังคมและโครงสร้างพื้นฐานทางสังคม (Infra-structure) จากผลการพัฒนาดังกล่าวพบว่า การพัฒนาเศรษฐกิจเพียงด้านเดียวกลับเป็นมูลเหตุแห่งความไม่เสมอภาคทางรายได้ประชาชนที่ยากจนกลับเป็นผู้ที่ตกกระแสมอง

การพัฒนา ประชาชนมีค่านิยมและบริโภควัตถุที่มากเกินไปกว่าการพัฒนาทางจิตใจ ทำให้สังคมมีปัญหาทางสาธารณสุข การเมือง สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ซึ่งแต่ละปัญหาที่มีความละเอียดซับซ้อนมากขึ้น การดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป มีการแข่งขันในการสะสมวัตถุ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกายเปลี่ยนไป เกิดแรงบีบบังคับทางจิตใจมากขึ้นแบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันโรคไม่ติดเชื้อเป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับแรกของประเทศไทย (จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ, 2547) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดพะเยา โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายของประชาชนในจังหวัดพะเยาในลำดับต้นตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นมา ในปี 2554 ประชากรจังหวัดพะเยาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 31,294 คน คิดเป็น 6,056.20 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.82 ต่อประชากรแสนคน โรคเบาหวาน จำนวน 12,591 คน คิดเป็น 2,436.68 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.62 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2556) และกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อลดอัตราป่วยและตายจากโรคไม่ติดเชื้อให้ลดลงในการแก้ไขปัญหาโรค

ไม่ติดเชื้อหากกระตุ้นให้ประชาชนมีความรู้ มีส่วนร่วมในการจัดการ ควบคุมและดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสมเป็นกลวิธีหนึ่งในการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดเชื้อได้ (สรารัตน์ ยงใจยุทธ, 2532) การที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้กลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐานหรืองานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบัน มาตั้งแต่ปี 2520 และซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันได้กำหนดและเพิ่มกิจกรรมทางสาธารณสุข อีก 4 กิจกรรม การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม และป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540) อำเภอเชียงคำเป็นอำเภอหนึ่งที่มีปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาล และได้พัฒนารูปแบบการควบคุมและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งถือเป็น

กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งผาสุข อำเภอเชิงช้าง จังหวัดพะเยา เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้ดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยอาศัยกลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐานให้อาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกันบริหารจัดการ ส่งเสริมป้องกัน ได้ดีมาโดยตลอด และพบว่าในปี 2553, 2554 และปี 2555 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็น 2,265.58, 2,536.68 และ 4,029.64 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งผาสุข, 2556) จากข้อมูลจะพบว่ามีรายงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่และผู้ป่วยสะสมในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งผาสุข เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูงเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนางานควบคุม ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยผลของการศึกษาสามารถนำไปปรับไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูงทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติโดยเฉพาะการส่งเสริม สนับสนุน และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้านองค์ความรู้ ทักษะและการฝึกทักษะ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาใช้ทุกหน่วยประชากร (Census) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งผาสุข อำเภอเชิงช้าง จำนวน 126 คน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ในเดือนเมษายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม อาชีพ สถานะทางการเงินของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว วิธีการคัดเลือก ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงทั้งหมด จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพ ให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ การให้คะแนน หากตอบใช่ (ถูก) เท่ากับ 1 คะแนน หากตอบไม่ใช่ ไม่ทราบ (ผิด) เท่ากับ 0 คะแนน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ได้แบ่งช่วงชั้นคะแนนแบบระบบเกณฑ์ ดังนี้ ระดับดีมากได้คะแนนตั้งแต่และมากกว่าร้อยละ 80 (9 - 12 คะแนน) ระดับดีคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 50 - 79 (6-8 คะแนน) และระดับที่ต้องปรับปรุงได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (1 - 5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 14 ข้อเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดให้คะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ ทั้งหมด 70 คะแนน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ได้แบ่งช่วงชั้นคะแนนแบบระบบเกณฑ์ ดังนี้ ระดับสูง คะแนนตั้งแต่และมากกว่าร้อยละ 80 (50 - 70 คะแนน) ระดับกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 50 - 79 (30 - 49 คะแนน) และระดับต่ำได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 50 (1- 29 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องความดันโลหิตสูง ทั้งหมดจำนวน 13 ข้อเป็นคำถามปลายปิด หากตอบเคย ให้ 1 คะแนน ไม่เคย ให้ 0 คะแนน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ได้แบ่งช่วงชั้นคะแนนแบบระบบเกณฑ์ ดังนี้ ระดับสูง คะแนนตั้งแต่และมากกว่าร้อยละ 80 (10 - 13 คะแนน) ระดับปานกลาง ได้คะแนน 7 - 9 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 50-70 คะแนน (7 - 9 คะแนน) และระดับต่ำได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (1 - 6 คะแนน)

การตรวจหาความตรงของเนื้อหาหน้าแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จากนั้น

นำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Alpha reliability) ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ เท่ากับ 0.72 ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.84 และข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.76 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากความสัมพันธ์โดยใช้ค่า Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.4 และร้อยละ 47.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี มากที่สุด รองลงมา กลุ่มอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 37.3 และร้อยละ 25.4 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 62.3 และร้อยละ 20.6 ตามลำดับ มีสถานภาพการสมรสคู่อยู่ด้วยกัน มีอาชีพ เกษตรกรรมทำนา มากที่สุด รองลงมาอาชีพค้าขาย ร้อยละ 67.1 และร้อยละ 16.6 ตามลำดับ สถานะทางการเงินของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีมีรายรับน้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 57.8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน ร้อยละ 34.9 วิธีการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ทดแทนญาติและเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 39.7 รองลงมากรรมการ

หมู่บ้าน, อสม. เป็นผู้คัดเลือก ร้อยละ 34.9 และ 38.1 และรองลงมา ช่วงระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ
 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัคร 23.0 ตามลำดับ ตามตารางที่ 1
 สาธารณสุข มีระยะเวลา 15-20 ปี มากที่สุด ร้อยละ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (N=126)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	47.6
หญิง	66	52.4
อายุ (ปี)		
21 - 30	17	13.5
31 - 40	32	25.4
41 - 50	47	37.3
51 - 60	30	23.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	79	62.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	20.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	21	16.7
สถานภาพการสมรส		
โสด	19	15.1
คู่อยู่ด้วยกัน	72	57.1
คู่อยู่แยกกันอยู่	17	13.5
หม้าย,หย่า	18	14.3
อาชีพ		
รับจ้าง กรรมกร	20	15.9
เกษตรกรทำนา	85	67.5
ค้าขาย	21	16.6

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำแ่กข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (N=126)	ร้อยละ
สถานะทางการเงินของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
รายรับมากกว่ารายจ่าย	24	19.1
รายรับพอดีกับรายจ่าย	29	23.1
รายรับน้อยกว่ารายจ่าย	73	57.8
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)		
3 คน	31	24.6
4 คน	44	34.9
5 คน	30	23.8
6 คน	21	16.7
วิธีการคัดเลือกอาสาสมัคร		
สมัครด้วยตนเอง	32	25.4
กรรมการหมู่บ้าน, อสม. คัดเลือก	44	34.9
ทดแทนญาติหรือเพื่อน	50	39.7
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	29	23.0
6-10 ปี	26	20.6
11-15 ปี	23	18.3
15-20 ปี	48	38.1

ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับเรื่องความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่อง การกินอาหารรสจัด มีไขมัน ไม่ออกกำลังกาย เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตอบถูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.2 รองลงมาได้แก่ อาการของโรค

ความดันโลหิตสูงที่พบได้เสมอ คือ มึนงง ปวดและเวียนศีรษะ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 90.5 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ คนในครอบครัวมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วย ตอบถูก ร้อยละ 37.3 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง

ข้อที่	ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	การกินอาหารรสจัด มีไขมันสูง ไม่ออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	120 (95.2)	6 (4.8)
2	การเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกจะไม่มีอาการนอกจากได้รับการตรวจสุขภาพจึงจะพบโรค	112 (88.9)	14 (11.1)
3	การโมโห ขุนเขี้ยว เครียด ไม่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	65 (51.6)	61(48.4)
4	อาการของโรคความดันโลหิตสูงที่พบได้เสมอ คือ มึนงง ปวดและเวียนศีรษะ	114 (90.5)	12 (9.5)
5	คนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงนานอาจทำให้ไตวายได้	74 (58.7)	52 (41.3)
6	การสูบบุหรี่จัด ไม่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	56 (44.4)	70 (55.6)
7	คนในครัวเรือนมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงสมาชิกคนอื่นมีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วย	47 (37.3)	79 (62.7)
8	คนที่ดื่มสุราก่อนอาหารเพื่อเรียกน้ำย่อยเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	54 (42.9)	72 (57.1)
9	คนที่มีความดันโลหิตเกินกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	97 (76.9)	29 (23.1)
10	ค่าความดันโลหิต 160/95 มิลลิเมตรปรอทค่า 160 และค่า 95 คือค่าหัวใจคลายตัว	66 (52.4)	60 (47.6)
11	วิธีการวัดความดันที่ถูกต้องคือผู้วัดใช้นิ้วมือแตะเส้นเลือดที่ข้อมือโดยไม่ต้องใช้หูฟัง (การวัดความดันโลหิตแบบใช้หูฟัง)	53 (42.1)	73 (57.9)
12	คนที่ถูกวัดความดัน จะนั่ง นอน หรือยืน ไม่มีผลต่อความความดันโลหิต	82(65.1)	44(34.9)

นอกจากนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมี ระดับดี ร้อยละ 35.7 และมีความรู้ระดับดีมาก ร้อย ความรู้ เรื่อง ความดันโลหิตสูงในระดับที่ต้อง ละ 20.6 ตามตารางที่ 3 ปรับปรุงคิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมา มีความรู้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับความรู้ เรื่องความดันโลหิตสูง

ระดับความรู้ เรื่อง ความดันโลหิตสูง	จำนวน(N=126)	ร้อยละ
ดีมาก (9-12 คะแนน)	26	20.6
ดี (6-8 คะแนน)	45	35.7
ต้องปรับปรุง (1-5 คะแนน)	55	43.7

ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการ ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงหมออนามัยควรเป็นผู้ ส่งเสริมสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง มีความ ส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ ค่าเฉลี่ย 4.6 (S.D.=0.58) และอสม. ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้าน ความรู้สีกฎุมิใจและเป็นเกียรติ มากที่สุด มีค่าเฉลี่ย สุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.5 (S.D.=0.49) ตามตารางที่ 4 4.7 (S.D.=0.52) รองลงมา คืองานป้องกันและแก้ไข

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องความดันโลหิตสูง

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ					Mean	S.D.
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)		
1	การปฏิบัติงานในหน้าที่อสม.ทำให้เกิดความภูมิใจและเป็นเกียรติ	59 (46.9)	34 (26.9)	13 (10.4)	12 (9.5)	8 (6.3)	4.7	0.52
2	การคัดกรองและวัดความดัน โดยอสม. ทำให้ค้นหาผู้ป่วยเร็วขึ้น	4.4 (34.9)	47 (37.4)	9 (7.1)	17 (13.5)	9 (7.1)	4.2	0.49
3	อสม.ควรปฏิบัติหน้าที่มากกว่าหมออนามัยขอบหมาย	27 (21.4)	48 (38.2)	14 (11.1)	25 (19.8)	12 (9.5)	4.2	0.51
4	อสม.ช่วยให้ตนเองและในคนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น	54 (42.9)	41 (32.6)	11 (8.7)	10 (7.9)	10 (7.9)	4.3	0.54
5	การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์อสม. และคนในชุมชน	52 (41.4)	44 (34.9)	10 (7.9)	12 (9.5)	8 (6.3)	4.2	0.58
6	การคัดกรองและวัดความดันโลหิตให้ประชาชนในหมู่บ้าน ทำให้ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยและสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้	44 (34.9)	56 (44.5)	12 (9.5)	8 (6.3)	6 (4.8)	4.3	0.61
7	อสม.เป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ควรเสียสละเวลาในการคัดกรองและตรวจวัดความดันโลหิตให้ประชาชนในหมู่บ้าน	37 (29.4)	53 (42.1)	14 (11.1)	10 (7.9)	12 (9.5)	4.2	0.56
8	อสม.สามารถเผยแพร่ความรู้ เรื่องความดันโลหิตสูงให้ประชาชนทราบ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ	45 (35.8)	56 (44.4)	11 (8.7)	8 (6.3)	6 (4.8)	4.4	0.51
9	อสม.เป็นผู้นำด้านสุขภาพ ควรเป็นผู้เริ่มกิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน	35 (27.8)	58 (46.1)	13 (10.3)	10 (7.9)	10 (7.9)	4.3	0.57

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ					Mean	S.D.
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)		
10	อสม.ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพ	42 (33.3)	63 (50.0)	7 (5.6)	8 (6.3)	6 (4.8)	4.5	0.49
11	อสม.เป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ประชาชนปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	32 (25.4)	59 (46.9)	12 (9.5)	11 (8.7)	12 (9.5)	4.3	0.53
12	การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง อดต.ต้องเข้ามามีส่วนร่วม	35 (27.8)	56 (44.4)	16 (12.3)	9 (7.1)	10 (7.9)	4.2	0.67
13	การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน หมออนามัยควรเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานให้กับอสม.	67 (43.2)	31 (24.7)	9 (7.1)	11 (8.7)	8 (8.3)	4.6	0.58
14	ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านเป็นหน้าที่ของทุกคนในหมู่บ้านที่จะมาร่วมแก้ไขปัญหา	51 (40.5)	24 (19.1)	17 (13.4)	13 (10.4)	21 (16.6)	4.1	0.61

อาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 54.8 รองลงมา มีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 23.8 และระดับสูง ร้อยละ 21.4 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องความดันโลหิตสูง

ระดับความคิดเห็น	ค่าคะแนน	จำนวน (N=126)	ร้อยละ
ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมระดับสูง (50-70 คะแนน)	64.6	27	21.4
ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง (30-49 คะแนน)	43.7	69	54.8
ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมระดับต่ำ (1-29 คะแนน)	19.8	30	23.8

สำหรับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง ความดันโลหิตสูง พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์หรือให้คำแนะนำแก่ประชาชนในหมู่บ้านให้ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตมากที่สุด ร้อยละ 80.2 รองลงมาคือให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.9 และพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การสนับสนุน เงิน วัสดุ สิ่งของ ในการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.2 ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง ความดันโลหิตสูง

ที่	การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง ความดันโลหิตสูง	การมีส่วนร่วม	
		เคย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)
1	สำรวจและคัดกรองประชาชนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน	86 (68.3)	40 (31.7)
2	ตรวจวัดความดันโลหิตสูงให้กับประชาชนในหมู่บ้าน	75 (59.5)	51 (40.5)
3	ประชุมร่วมกับกรรมการหมู่บ้านในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาสาธารณสุขและโรคความดันโลหิตสูง	59 (46.8)	67 (53.2)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง ความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ที่	การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง ความดันโลหิตสูง	การมีส่วนร่วม	
		เคย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)
4	ร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และโรคความดันโลหิตสูง	56 (44.4)	70 (55.6)
5	ร่วมตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง	58 (46.1)	68 (53.9)
6	ร่วมกำหนดกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง	60 (47.6)	66 (52.4)
7	ประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำแก่ประชาชนในหมู่บ้านให้ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต	101 (80.2)	25 (19.8)
8	ให้คำแนะนำ เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้กับประชาชนในหมู่บ้าน	67 (76.9)	29 (23.1)
9	ร่วมจัดนิทรรศการ ออกเสียงตามสาย แจกแผ่นพับเรื่องความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน	61 (48.4)	65 (51.6)
10	สนับสนุน เงิน วัสดุ สิ่งของ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขโรคความดันโลหิตสูง	38 (30.2)	88 (69.8)
11	ติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรมตามที่ตกลงกันได้	55 (43.7)	71 (56.3)
12	ติดตามผลการดำเนินงานว่ามีปัญหาอุปสรรคหรือไม่	51 (40.5)	75 (59.5)
13	ร่วมเสนอความคิดเห็นในการปรับปรุงกิจกรรม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้าน	64 (50.8)	62 (49.2)

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วม ร้อยละ 32.5 และมีส่วนร่วมในระดับต่ำ ร้อยละ 21.4 ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิด ตามตารางที่ 7 เป็นร้อยละ 46.1 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับสูง

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุข จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เรื่องความดันโลหิตสูง

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (N=126)	ร้อยละ
สูง (10-13 คะแนน)	41	32.5
ปานกลาง (7-9 คะแนน)	58	46.1
ต่ำ (1-6 คะแนน)	27	21.4

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยด้านสถานะทางการเงินของครอบครัว วิธีการ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามตารางที่ 8 คัดเลือกการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มี

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และระดับความรู้ กับ ระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม			χ^2	P-value
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	กลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	21(35.0)	27(45.0)	12(20.0)	0.52	0.97
หญิง	20(30.3)	31(47.0)	15(22.7)		
อายุ (ปี)					
21-30	7(41.2)	5(29.4)	5(29.4)	0.66	0.59
31-40	11(34.4)	14(43.7)	7(21.9)		
41-50	13(27.7)	26(55.3)	8(17.0)		
51-60	10(33.3)	13(43.4)	7(23.3)		

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และระดับความรู้ กับระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม			χ^2	P-value
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	กลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	23(29.1)	44 (55.7)	12 (15.2)	3.21	0.44
มัธยมศึกษาตอนต้น	10 (38.4)	8 (30.8)	8 (30.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (38.1)	6 (28.6)	7 (33.3)		
สถานภาพการสมรส					
โสด	7 (36.8)	6 (31.6)	6 (31.6)	4.35	0.83
คู่อยู่ด้วย	21 (29.2)	40 (55.5)	11(15.3)		
คู่แยกกันอยู่	7 (41.2)	5 (29.4)	5 (29.4)		
หม้าย หย่า	6 (33.3)	7 (38.9)	5 (27.8)		
อาชีพ					
รับจ้าง กรรมกร	8 (40.0)	6 (30.0)	6 (30.0)	4.26	0.38
เกษตรกรรรมทำนา	25 (29.5)	45 (52.9)	15 (17.6)		
ค้าขาย	8 (38.1)	7 (33.3)	6 (28.6)		
สถานะทางการเงินของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน					
รายรับมากกว่ารายจ่าย	8 (33.3)	9 (37.5)	7 (29.2)	5.38	0.04
รายรับพอดีกับรายจ่าย	12 (41.4)	9 (31.0)	8 (27.6)		
รายรับน้อยกว่ารายจ่าย	21 (28.8)	40 (54.8)	12 (16.4)		
สมาชิกในครัวเรือน					
3 คน	9 (29.0)	16 (51.6)	6 (19.4)	8.76	0.67
4 คน	16 (36.4)	21 (47.7)	7 (15.9)		
5 คน	9 (30.0)	13 (43.3)	8 (26.7)		
6 คน	7 (33.3)	8 (33.1)	6 (28.6)		

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และระดับความรู้ กับระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่องความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม			χ^2	P-value
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	กลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)		
วิธีการคัดเลือก					
สมัครเอง	13 (40.6)	9 (28.1)	10 (31.3)	5.06	0.03
กรรมการ/อสม คัดเลือก	14 (31.8)	20 (45.5)	10 (22.7)		
ทดแทนญาติหรือเพื่อน	14 (28.0)	29 (58.0)	7 (14.0)		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน					
1-5 ปี	8 (27.6)	15 (51.7)	6 (20.7)	2.79	0.16
6-10ปี	8 (30.8)	12 (46.2)	6 (23.1)		
11-15 ปี	7 (30.4)	10 (43.5)	6 (26.1)		
16-20 ปี	18 (37.5)	21(43.7)	9 (18.8)		
ระดับความรู้					
ดีมาก (9-12 คะแนน)	9 (34.6)	10 (38.5)	7 (26.9)	0.65	0.19
ดี (6-8 คะแนน)	17 (37.8)	19 (42.2)	9 (20.0)		
ต้องปรับปรุง (1-5 คะแนน)	15 (27.3)	29 (52.7)	11 (20.0)		

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานะทางการเงินของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

ประเทือง วงษ์แจ้ง (2541) ที่ทำการการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูงของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และจากการศึกษาครั้งนี้พบอาสาสมัครสาธารณสุขโดยส่วนใหญ่มีรายรับน้อย

กว่ารายจ่าย ร้อยละ 57.8 มีอาชีพเกษตรกรรมทำนา ร้อยละ 67.5 และพบว่าการสนับสนุนเงิน วัสดุ สิ่งของ เพื่อการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและ แก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงมีน้อยที่สุดของการมีส่วนร่วมทั้งหมดเพียงร้อยละ 30.2 ซึ่ง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่อาสาสมัคร สาธารณสุขทุกคนมีเป้าหมายร่วมกันต้องเสียสละมี จิตอาสา ต้องใช้เวลา อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ต้องรับผิดชอบครอบครัวโดยสถานภาพการ สมรสคู่อยู่ด้วยกันถึง ร้อยละ 57.1

วิธีการคัดเลือกเป็นอาสาสมัคร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการ ส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง ความดันโลหิตสูง จาก การศึกษา ประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ ได้รับการคัดเลือกโดยวิธีทดแทนญาติสนิท เพื่อน ร้อยละ 39.7 และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลหา ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการคัดเลือกกับการมีส่วนร่วม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการ คัดเลือกโดยวิธีสมัครเองมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สุขภาพอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 40.6 ส่วน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือกโดยวิธี ทดแทนญาติ เพื่อน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปาน กลาง ร้อยละ 50.0 ซึ่งสอดคล้องวิธีการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขต้องเป็นไปด้วยความสมัคร ใจและเป็นไปตามประชามของหมู่บ้านและปัจจัย สำคัญที่มีผลทำให้การทำงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขความสำเร็จหรือล้มเหลวคือการ

คัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข (สำนักงาน คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540) และ การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาพร เสาวณะ (2548) ที่พบว่า วิธีการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเนื่องจาก มี ความแตกต่างกันในเรื่อง ตัวแปร ลักษณะ ประชากร วิธีการศึกษา และช่วงระยะเวลาในการ เก็บรวบรวมข้อมูล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาในการ ปฏิบัติงาน และระดับความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง ความ ดันโลหิตสูง อภิปรายโดยสังเขป ได้ดังนี้

เพศ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับคำ กล่าวของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2543) กล่าวว่า เพศ ของอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ว่าชายหรือหญิง มี ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน และพบว่าการศึกษาของเชิรชัย บุรพชนก (2542) เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม สุขากิจบาลของหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูล ฐานซึ่งต่างจากการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มอายุสอดคล้องกับการศึกษาของวรณี หาวารี และวนัสรา เชาวน์นิม (2539) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการ ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและตรงข้ามกับคำ

กล่าวของสุเมธ ทราชแก้ว (2547) อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกรณีมีส่วนร่วมของประชาชน

ระดับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.7 การเข้ารับการอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ทักษะ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองและส่งเสริมสุขภาพผู้อื่น โดยใช้หลักสูตรเดียวกันและอบรมในระยะเวลาเดียวกัน ทั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ เวลา วิทยากร (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540)

สถานภาพการสมรส โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 57.1 อยู่ในพื้นที่มาโดยตลอด ประกอบกับระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ อยู่ในระยะเวลา 15-20 ปี ถึงร้อยละ 38.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพล กฤตยพิสิฐ (2548) ที่พบว่าสถานภาพการสมรสของผู้นำท้องที่ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมตามแนวทางการพัฒนาบรรมและบวร เพื่อสร้างสรรค์อุดมการณ์แผ่นดินธรรม แผ่นดินทอง เขตหนองจอก กรุงเทพฯ

อาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเข้ามามีส่วนร่วมโดยไม่จำกัดอาชีพ เนื่องจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้โดยจิตอาสา เสียสละ ใช้เวลาไม่มากนักคิดพร

เสาวนะ (2548) และจากการศึกษาพบว่าทุกกลุ่มอาชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำแก่ประชาชนในหมู่บ้านให้ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตถึงร้อยละ 80.2

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของประชากรที่ใช้ในการศึกษามีความแตกต่างกันไม่มากนักโดยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใช้เวลาไม่มากนักซึ่งสามารถปฏิบัติงานที่เป็นงานประจำได้สมาชิกในครอบครัวสามารถทำงานแทนอาสาสมัครสาธารณสุขได้ ในระยะเวลาหนึ่ง (ประเทือง วงษ์แจ้ง, 2541)

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานจากการศึกษาพบว่า ประชากรที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อยู่ระหว่าง 15-20 ปี ร้อยละ 38.1 และมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 37.3 เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการปฏิบัติงานและอายุของกลุ่มของประชากรไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเรื่องความดันโลหิตเจ้าหน้าที่ควรเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน ที่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงร้อยละ 43.2

ด้านความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า ประชากรที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้

เรื่อง ความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ระดับดี และระดับดีมากร้อยละ 43.7 ร้อยละ 35.7 และร้อยละ 20.6 ตามลำดับ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าจากข้อคำถามในหัวข้อ การสูบบุหรี่จัดไม่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง มีการตอบผิร้อยละ 55.6 การดื่มสุราก่อนอาหารเพื่อเรียกน้ำย่อยเป็นประจำไม่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ตอบผิร้อยละ 57.1 และคนในครัวเรือนที่มีประวัติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยซึ่งตอบผิร้อยละ 62.7 ข้อคำถามดังกล่าวเป็นข้อคำถามความรู้เชิงพฤติกรรมซึ่งมีการตอบผิมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริงที่ไม่เข้าใจและไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องอาจเกิดผลกระทบเชิงลบกับการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ เรื่อง ความดันโลหิตสูงในระดับที่ต่ำอาจทำให้เกิดความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการปฏิบัติงานที่ต่ำด้วย มีผลต่อการมีส่วนร่วมในระดับที่ต่ำด้วยเช่นกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ตรงกับคำกล่าวของประพันธ์ ปิยะรัตน์ (2534) ที่กล่าวว่า ในกระบวนการมีส่วนร่วมนั้น ความรู้ วิชาการ และเทคโนโลยี ตลอดจนข้อมูลข่าวสารจะต้องจัดให้สนองตรงกับความต้องการและนำไปสู่การจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

การพิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าปฏิบัติงาน ควรพิจารณาคัดเลือกจากบุคคลที่มีความสมัครใจ เนื่องจาก ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือกด้วยความสมัครใจมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่สูงกว่า ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีรายได้เสริมจากการประกอบอาชีพหลักซึ่งเป็นอาชีพเกษตรกรรมทำนา เนื่องจาก การศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีรายรับน้อยกว่ารายจ่ายและสถานะทางการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เรื่อง ความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งผาสุขและคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแวนโค้ง ตำบลฝายกวางคณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคำ และคุณพนารัช พวงมะณี กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงคำที่ให้ความร่วมมือในการประสานงาน การทดสอบแบบสอบถาม จัดเก็บข้อมูลและตรวจสอบแบบสอบถาม และให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ทางสถิติ และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กัลยาวิชญ์ปัญญา. การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการบริหารและการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ. การพัฒนาชนบทกับการบริหารการพัฒนางานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2547.

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์. กรอบแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพและปัญหายุทธศาสตร์สุขภาพศึกษา. นครปฐม: ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

ทศพล กฤติยาพิสิฐ. การมีส่วนร่วมของกำนันผู้ใหญ่บ้าน ที่มีต่อโครงการพัฒนาตามแนวทาง บรม และบวรเพื่อสร้างอุดมการณ์แผ่นดินธรรมแผ่นดินทองของเขตหนองจอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุทธศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.

ธิดาพร เสาวณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุทธศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.

เชียรชัย บุรพชนก. การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพิบาลของหมู่บ้านพึ่งตนเอง

ทางสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (อนามัยสิ่งแวดล้อม) บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.

ประเทือง วงศ์แจ่ม. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน เรื่องความดันโลหิตสูง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุทธศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541.

ประพันธ์ ปิยะรัตน์. การมีส่วนร่วมและการมีหุ้นส่วนในการแก้ปัญหาทวิวิธีสำคัญเพื่อการพัฒนามนุษย์และชุมชนแบบยั่งยืน. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขแห่งอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.

วรณี หาวารีและวนัสรา ชาววินิยม. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดสิงห์บุรี. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี; 2539.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งผาสุข อำเภอเชียงคำ. แบบสรุปผลการปฏิบัติงานโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ปี 2555. พะเยา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลทุ่งผาสุข; 2556.

สรารัตน์ ยงใจยุทธ. โรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิช; 2532.

สุเมธ ทรายแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ
จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคม
สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคม
สงเคราะห์ศาสตร์ กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์; 2547.

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน.
การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพานิช; 2540.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. แนวทางการ
ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ
โรคเบาหวาน ปี 2556.พะเยา: นครนิเวศการ
พิมพ์; 2556.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-CARE BEHAVIORS AMONG UNCONTROLLED
HYPERTENSION PATIENTS IN DOKKHAMTAI HOSPITAL, DOKKHAMTAI DISTRICT,
PHAYAO PROVINCE

ภัศราวัลย์ ซีตีสาน ป.พ.ศ.,ศ.บ.

Patsarawalai Seetisan, Dip in Nursing Science., B.P.H.

อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ ป.พ.

Arunwan Suwannarat, Dip in N.EQU BN.

จารุวรรณ ใจลังกา ป.พ.,ศศ.ม.

Jaruwan Jailungkar, Dip in N.EQUBN.,M.A.

โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

Dokkhamtai Hospital, Phayao Province

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่เรื้อรังและซับซ้อน นำไปสู่ความเสื่อมของอวัยวะสำคัญ คือ สมอง หัวใจ ไตและตา ซึ่งทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จำนวน 302 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและการรักษา การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และหาทิศทางความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า เพศ ระดับการศึกษาภาวะโรคร่วม

ประวัติการดื่มสุรา และการที่มีบุคคลดูแลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความดันโลหิตสูง

Abstract

Hypertension is a chronic and complicated physical condition. The chronic condition induces a high risk factor for stroke, myocardial infarction, heart failure, chronic kidney disease, and many shorten life expectancy. The purpose of the study was to investigate factors that affected self-care of uncontrolled hypertension patients to be a basis for behavior modification to strengthen health promotion for hypertensive circulations. The population samples of 302 patients were selected from patients registered lists at the special clinic of Dokkhamtai Hospital, Phayao Province. This study modified an instrument that belonged to a questionnaire concerning to a study of the health behavior surveillance and a questionnaire for self-efficacy of health care and health behaviors to collect information from the sampled 302 hypertension patients. After trying out the instrument and testing for its reliability coefficient, the value indicated 0.92 to be an acceptable reliability coefficient. The statistical analysis concerned to the study factors of the patients characteristics, life style, knowledge of hypertension, self-efficacy, and self-care behaviors by using chi-square test and Pearson correlation coefficient test. The association analyses on personal factors and self-care behavior revealed that gender, educational level, comorbidity, alcoholic drinking history, having caregivers were associated significantly ($p < 0.05$) with the self-care behavior. Additionally, the positive relation between the knowledge of disease and treatment and self-care behaviors were in a moderate level. The self-efficacy,

social support and self-care behavior were in a high level and had shown statistically significant relationship ($p < 0.01$).

Keywords: Self-care behaviors, Hypertension

บทนำ

การพัฒนาและเติบโตของสังคมยุคปัจจุบัน ทำให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผลจากระบบบริโภคนิยมวัตถุนิยมของประชาชน ทำให้สุขภาพเสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ และเกิดโรคจากวิถีชีวิต โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง นับเป็นโรคหนึ่งที่มีความสำคัญซึ่งรักษายากและเป็นเรื้อรัง ไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษา ควบคุมความก้าวหน้าของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย

ปัจจุบันมีประชากรหลายร้อยล้านคนทั่วโลก เป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2568 ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2554) คาดว่า จะมีผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 10 ล้านคน ซึ่ง 70% ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเอง

มีภาวะดังกล่าว ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย อาทิ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ด้วย

ข้อมูลสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2553) พบว่า ในปี พ.ศ.2551 อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.9 ในขณะที่อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2551 โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 169.6 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 340.9 ใน พ.ศ. 2545 และเป็น 860.5 ใน พ.ศ. 2551 จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2546 - 2547 พบอัตราความชุกของความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 11.0 ใน

ปี พ.ศ.2539 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 22 หรือประมาณ 10.1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2547 อันแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยเฉพาะการขาดโอกาสในการเข้าถึงการคัดกรองและการรักษาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลังนอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2554) ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานครฯ ช่วงระหว่างวันที่ 27 พฤศจิกายน 2552 – 5 ธันวาคม 2552 เพื่อประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน โดยมีผู้รับการคัดกรองวัดความดันโลหิตทั้งหมด 21,168,414 คน พบว่าปกติ 16,601,255 คน (ร้อยละ 78.4) กลุ่มเสี่ยง 2,405,741 คน (ร้อยละ 11.4) กลุ่มป่วยรายใหม่ 651,867 คน (ร้อยละ 3.1) กลุ่มป่วยเรื้อรัง 1,509,551 คน (ร้อยละ 7.1) และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 93,144 คน (ร้อยละ 6.2) ของผู้ป่วยเก่าที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ร้อยละ 26.8 ทางสมอง ร้อยละ 23 ทางไต ร้อยละ 21.8 และทางตา ร้อยละ 17.5

จากรายงานสถิติโรคความดันโลหิตสูง งานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา (งานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้, 2554) ในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ขึ้น

ทะเบียนรักษาในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ จาก 3,815 คน เพิ่มขึ้นเป็น 4,433 คน ในปีพ.ศ. 2553 และ 4,838 คน ในปี พ.ศ.2554 โดยในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เข้ารับบริการที่คลินิกพิเศษ ร้อยละ 12.53 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.14 ในปี พ.ศ.2553 และ ร้อยละ 44.98 ในปี พ.ศ.2554 ในจำนวนนี้พบภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 6.11 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.89 และโรคไตและการทำงานของไตบกพร่อง ร้อยละ 9.93

ความดันโลหิตสูง ตามคำนิยามของ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7, 2003) (Chobanian *et al.*, 2003) กำหนดเกณฑ์ตัดสินว่าเป็นโรคความดันเลือดสูง อยู่ที่ระดับความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท คนส่วนใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่ทราบว่าตนเองป่วย เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่ได้ให้ความสนใจหรือถึงแม้จะทราบแต่ยังคงละเลย ไม่สนใจในการรักษา เพราะรู้สึกว่าคุณเองยังแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต่อเมื่อมีอาการและภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงเริ่มสนใจรับการรักษา ซึ่งบางครั้งทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การดำเนิน

ของโรคเลวลง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ ก่อให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดง ที่ไปเลี้ยงสมอง หัวใจ ไต และตา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และปฏิบัติตัว หรือดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคอย่างสม่ำเสมอซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม สามารถลดความดันโลหิตได้ และในผู้ที่ยังไม่เป็นความดันโลหิตสูงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมอาจช่วยชะลอการเกิดโรคได้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่นำมาอธิบายหรือทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม การไม่สามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท ทำให้การดำเนินของโรคเลวลงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง อัมพาต

ภาวะหัวใจวายและไตวายซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตตามมา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาและสนับสนุนการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งลดภาระการดูแลของครอบครัวและชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดอกคำใต้ ระยะเวลาในการศึกษาเดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2555

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทในระยะเวลา 4 เดือนย้อนหลังที่รับ

การรักษาที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จำนวน 1,227 คน (ร้อยละ 44.98 ของผู้มารับบริการ ทั้งหมด 2,730 คน) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือก ตัวอย่างสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากเลือกโดยไม่มี การคืนที่ กำหนด ขนาดโดยวิธีคำนวณจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 302 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาจากแบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรม สุขภาพ เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง (140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) ของกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามการ รับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำมา ปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อำเภอ ดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา จำนวน 17 ข้อ โดยเลือกข้อความ ที่เห็นว่าถูกต้องเพียงคำตอบเดียวกำหนดค่า คะแนนและความหมายดังนี้ ใช่ = 1 คะแนน ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่น

ของเครื่องมือเท่ากับ 0.72 กำหนดระดับคะแนน ความรู้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

คะแนน 14 – 17 คะแนน หมายถึง มีความรู้

เกี่ยวกับโรคและการรักษาสูง

คะแนน 10 - 13 คะแนน หมายถึง มีความรู้

เกี่ยวกับโรคและการรักษาปานกลาง

คะแนน 0 – 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้

เกี่ยวกับโรคและการรักษาต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ

ในการดูแลตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) จำนวน 26 ข้อ จำแนกเป็นด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการ ปฏิสัมพันธ์ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการ จัดการกับความเครียด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 กำหนดคะแนนการรับรู้ความสามารถในการ ดูแลตนเอง (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง การรับรู้

ความสามารถในการดูแลตนเองระดับมากที่สุด

คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง การรับรู้

ความสามารถในการดูแลตนเองระดับมาก

คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง การรับรู้

ความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระดับน้อย	0.85 กำหนดคะแนนระดับระดับพฤติกรรมดูแลตนเอง (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้
คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระดับน้อยที่สุด	คะแนน 2.34-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับสูง
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.84 กำหนดคะแนนระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้	คะแนน 1.67-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับปานกลาง คะแนน 1.00-1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับต่ำ
คะแนน 3.26 - 4.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก	วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
คะแนน 2.51 - 3.25 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	ผลการศึกษา
คะแนน 1.76-2.50 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย	1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.30 มีอายุระหว่าง 50-59ปี ร้อยละ 35.40 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.50 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 45.40 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.70 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยสูบบุหรี่และไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 58.60 และร้อยละ 45 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลตนเอง ร้อยละ 94 มีบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.60 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่า
คะแนน 1.00 - 1.75 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยที่สุด	
ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการปฏิบัติสัมพันธ์ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ	

เป็นความดันโลหิตสูง พบว่า ได้รับการรักษาต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 52 และมีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 71.90 ส่วนภาวะแทรกซ้อนนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 71.90 ระดับความดันโลหิตในช่วง 4 เดือนย้อนหลังอยู่ในระดับ 140/90-159/99 mmHg. ร้อยละ 68.20 และใช้ยารักษา 2 ชนิด ร้อยละ 42.70 ตามตารางที่ 1

2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

โดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.30 (S.D.=1.53) มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระดับมากที่สุดโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 (S.D.=0.33) กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 (S.D.=0.33) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.70 (S.D.=0.18) ตามตารางที่ 2

3. การศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดัน

โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการดื่มสุรา บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยและภาวะโรคร่วม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยด้าน อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน ประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว และชนิดยาที่ใช้รักษา พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน ตามตารางที่ 3

4. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลางส่วน ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=302)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ประวัติการดื่มสุรา		
ชาย	126	41.70	ดื่มสุรา	81	26.80
หญิง	176	58.30	เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	85	28.20
กลุ่มอายุ (ปี)			ไม่เคยดื่มสุรา	136	45.00
ต่ำกว่า 50 ปี	41	13.60	บุคคลที่ดูแลผู้ป่วย		
50-59	107	35.40	ดูแลตนเอง	283	93.71
60-69	79	26.20	มีคนดูแล	17	6.29
มากกว่า หรือเท่ากับ 70ปี	75	24.80	บุคคลในครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูง		
Max=86, Min=38, Mean=60.72, S.D.=10.46			มี	162	53.60
ระดับการศึกษา			ไม่มี	140	46.40
ไม่ได้เรียน	54	17.90	ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง (ปี)		
ประถมศึกษา	210	69.50	ต่ำกว่า 5	157	52.00
มากกว่า หรือเท่ากับมัธยมศึกษา	38	12.60	5-9	95	31.50
อาชีพ			มากกว่า หรือเท่ากับ 10	50	16.50
ไม่ได้ทำงาน	86	28.50	ภาวะโรคร่วม		
เกษตรกร	137	45.40	มี	217	71.90
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ			ไม่มี	85	28.10
ข้าราชการบ้านาญ/รับจ้าง	61	20.10	ภาวะแทรกซ้อน		
กิจการส่วนตัว/ค้าขาย			มี	85	28.10
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	18	6.00	ไม่มี	217	71.90
รายได้ต่อเดือน (บาท)			ระดับความดันโลหิตช่วง 4 เดือนย้อนหลัง		
ต่ำกว่า 5,000	147	48.70	ระหว่าง 140/90-159/99 mmHg.	206	68.20
5,000- 9,999	113	37.40	≥ 160/100 mmHg.	96	31.80
มากกว่าหรือเท่ากับ10,000	42	13.90	ชนิดยาที่ใช้รักษา		
ประวัติการสูบบุหรี่			1 ชนิด	101	33.40
สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	125	41.40	2 ชนิด	129	42.70

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยรวมของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ปัจจัย	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา	16.30	1.53	สูง
ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	4.60	0.33	มากที่สุด
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	3.84	0.33	มาก
ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.70	0.18	สูง

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม			χ^2	df	p-value
	ต่ำ (n=46)	ปานกลาง (n=230)	สูง (n=26)			
เพศ						
ชาย	26	94	6	7.930	0	0.019*
หญิง	20	136	20			
กลุ่มอายุ(ปี)						
ต่ำกว่า 50	11	28	2	6.738	6	0.346
50-59	17	82	6			
60-69	9	62	8			
มากกว่าหรือเท่ากับ 70	9	58	8			
สถานภาพสมรส						
คู่	34	170	18	0.268	2	0.875
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	12	60	8			
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	4	45	5	13.614	4	0.009*
ประถมศึกษา	29	162	19			
มากกว่า หรือเท่ากับมัธยมศึกษา	13	23	2			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม			χ^2	df	p-value
	ต่ำ (n=46)	ปานกลาง (n=230)	สูง (n=26)			
รายได้ต่อเดือน(บาท)						
ต่ำกว่า 5,000	25	105	17	7.115	4	0.130
5,000- 9,999	12	94	7			
มากกว่าหรือเท่ากับ10,000	9	31	2			
ประวัติการสูบบุหรี่						
สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	22	97	6	4.438	2	0.109
ไม่เคยสูบบุหรี่	24	133	20			
ประวัติการดื่มสุรา						
ดื่มสุรา	25	55	1	26.649	4	0.000*
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	7	70	8			
ไม่เคยดื่มสุรา	14	106	17			
ดูแลตนเอง	39	219	25	7.368	2	0.025*
มีคนดูแล	7	11	1			
ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง (ปี)						
ต่ำกว่า 5	26	118	13	0.789	4	0.940
5-9	12	74	8			
มากกว่าหรือเท่ากับ 10	8	38	5			
ภาวะโรคร่วม						
มี	28	166	23	6.302	2	0.043*
ไม่มี	18	64	3			
ภาวะแทรกซ้อน						
มี	12	66	7	0.150	2	0.928
ไม่มี	34	164	19			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม			χ^2	df	p-value
	ต่ำ (n=46)	ปานกลาง (n=230)	สูง (n=26)			
บุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง						
มี	22	127	13	0.994	2	0.608
ไม่มี	24	103	13			
ระดับความดันโลหิตช่วง 4 เดือนย้อนหลัง						
ระหว่าง 140/90 - 159/99 mmHg.	28	161	17	1.579	2	0.454
มากกว่า หรือเท่ากับ 160/100 mmHg.	18	69	9			
ชนิดยาที่ใช้รักษา						
1 ชนิด	16	75	10	6.468	8	0.595
2 ชนิด	25	94	10			
3 ชนิด	4	46	5			
มากกว่า หรือเท่ากับ 4 ชนิด	1	15	1			

* p< 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา	0.361**	0.000	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถในการดูแล ตนเอง	0.784**	0.000	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.565**	0.000	สูง

** p<0.01

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในเรื่องการรับประทานยาและการมาตรวจตามแพทย์นัด และมีเพียงพฤติกรรมด้านโภชนาการเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไขมันและอาหารรสเค็มที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลางเช่นกัน แตกต่างจากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านเหลื่อม ตำบลบ้านเหลื่อม อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา (สายพิณ ถอนโพธิ์, 2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติ ที่พบมากอันดับแรกคือ ควบคุมอาหารประเภทเค็มจัด โดยเห็นด้วยอย่างยิ่งคิดเป็นร้อยละ 58.50 นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้ข้อมูลเช่นเดียวกันกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอมือง จังหวัดชุมพร (เนาวรัตน์ จันทานนท์และคณะ, 2554) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง ในเรื่องการ

รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง ส่วนพฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านการปฏิบัติสัมพันธ์ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียดนั้นพบว่าแตกต่างกับผลงานวิจัยเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปะคำอำเภอปะคำจังหวัดบุรีรัมย์ (วรัญญา แปลงดี, 2550) โดยกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงบริโภคอาหารไขมันสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี พฤติกรรมด้านการปฏิบัติสัมพันธ์ พฤติกรรมด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาปัจจัยด้านบุคคลพบว่า เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการดื่มสุรา บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยและภาวะโรคร่วม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอมืองจังหวัดชุมพร (เนาวรัตน์ จันทานนท์และคณะ, 2554) ที่พบว่าเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกัน มี

พฤติกรรม การดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของเนาวรัตน์ จันทานนท์และคณะ ที่ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ด้านประวัติการดื่มสุรา พบว่าผู้ที่ดื่มสุรา ผู้ที่เคยดื่มสุรา และไม่เคยดื่มสุรา มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่แตกต่างกันด้านบุคคลที่ดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ดูแลตนเองมีพฤติกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลและภาวะโรคร่วม พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและไม่มีการร่วมมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองโดยปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต (Life style) ที่เหมาะสมซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งของการรักษาหลังจากป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้ตนเองดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ส่วนปัจจัยด้าน อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็น ความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน ประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว และชนิดยาที่ใช้รักษา พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเนาวรัตน์

จันทานนท์และคณะ (2554) ที่ศึกษาพบว่าอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วย ที่ต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ยกเว้นประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีญาติสายตรง เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันนอกจากนี้ผลการวิจัยยังได้ข้อมูล ที่แตกต่างจากผลงานวิจัยเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ บริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี (ปฐญาภรณ์ ลาสูนและคณะ, 2554) ที่ศึกษาที่พบว่า อายุ อาชีพและรายได้ที่แตกต่างกันมี พฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน

การศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีผลต่อ พฤติกรรม การดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัย หลายๆเรื่อง ที่ได้กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อ พฤติกรรม การดูแลตนเอง ดังเช่นผลการศึกษาเรื่อง อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลเทศบาลนคร เชียงใหม่ (วันทนา ทีฆพุดิ, 2550) ที่พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีอุปสรรคด้านความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับมากและมีอุปสรรคด้านการสนับสนุนจากรอบครัวอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษานี้ได้ข้อมูลสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลตำรวจ (ศิริมา มิตรเกษม, 2548) ที่พบว่า ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (อุไรลักษณ์ เจนสุทธิเวชกุล, 2550) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ความเชื่อด้านสุขภาพและการได้รับข่าวสาร

สรุปและข้อเสนอแนะ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งกล่าวถึงการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จึงควรสร้างความตระหนัก และสนับสนุนความสามารถในการดูแลรักษาตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการรักษาเข้าใจอุปสรรคและ ข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ว่า สามารถจัดการเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ นอกจากนี้ควรสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอันตรายต่างๆจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นคุกคามชีวิตและมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ควรมีการณรงค์เชิงรุกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยส่วนที่เป็น

อุปสรรค หรือขาดแคลนทรัพยากร ควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนและติดตามผล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก อาจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ และ อาจารย์ ดร.เทียนทอง ต๊ะแก้ว จากมหาวิทยาลัยพะเยา ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น และช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอน ขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

งานคลินิกพิเศษ.สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2552-2554.

ดอกคำใต้: งานคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้; 2554.

เนาวรัตน์ จันทานนท์และคณะ. พฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร.วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2554;16(6): 749-758.

ปฐญาภรณ์ ลาlundและคณะ.พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ

รัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี.วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554; 18(3): 160-69.

วรัญญา แปลงดี.การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.

วิเชียรเกตุสิงห์.ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย:เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้.ข่าวสารการวิจัยการศึกษา 2538; 18(3): 8-11.

วันทนา ทิมพุดิ.อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่.การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

ศิริมา มิตรเกษม.ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลตำรวจ.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.

- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร การดูแล รักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: 2551: 1-10.
- สายพิน ถอนโพธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านเหลื่อม ตำบลบ้านเหลื่อม อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขปี 2552. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2553.
- อุไรลักษณ์ เจนสุทธิเวชกุล. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
- Bandura A. Social foundation of thought and action: A Social cognitive theory. Englewoodcliffs, N.J.: Prentices-Hall; 1986: 391.
- Chobanian AV, Bakris GL, BlackHR *et al.* National Heart, lung, and Blood institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003; 289:

สถานะฟันผุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับฟันผุของเด็กชาวไทยพื้นราบและไทยภูเขา
อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

DENTAL HEALTH STATUS AND FACTORS ASSOCIATED WITH DENTAL
HEALTH STATUS AMONG LOWLAND AND HILLTRIBE CHILDREN IN
SAMOENG DISTRICT, CHIANGMAI PROVINCE

วารากร คุปติศาสตร์ ท.บ., สม.

Waraporn Koopatishart, D.D.H.,M.P.H.

โรงพยาบาลสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

Samoeng Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะฟันผุและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับฟันผุของเด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบและเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขาทั้งหมดที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปี พ.ศ. 2555 อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 221 คน เป็นเด็กชาวไทยพื้นราบ 91 คน และเด็กชาวไทยภูเขา 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากพบว่า เด็กชาวไทยพื้นราบมีปัญหาฟันผุ ร้อยละ 43.9 และเด็กชาวไทยภูเขามีปัญหาฟันผุ ร้อยละ 42.3 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 48.1 และเพศชายร้อยละ 38.5 ผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงกว่าภาคบังคับเด็กนักเรียนมีปัญหาฟันผุสูงกว่าผู้ปกครองที่มีการศึกษาดำกว่าภาคบังคับร้อยละ 51.9 และ 40.1 ตามลำดับ ผู้ปกครองที่มีอาชีพค้าขายเด็กนักเรียนมีปัญหาฟันผุมากที่สุดร้อยละ 75.0 รองลงมาคือผู้ปกครองที่มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 66 และเด็กนักเรียนที่ถูกเลี้ยงดูโดยพ่อ-แม่มีปัญหาฟันผุสูงกว่าเด็กนักเรียนที่ถูกเลี้ยงดูโดยญาติร้อยละ 43.4 และ 40.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเพศของเด็กนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครองและผู้ให้การเลี้ยงดูกับปัญหาฟันผุของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุของ

เด็ก ส่วนเด็กนักเรียนที่รับประทานอาหารเช้ามากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อวัน มีปัญหาฟันผุสูงกว่าเด็กที่รับประทานอาหารเช้าน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 68.2 และ 22.3 ตามลำดับ สำหรับความถี่ในการรับประทานต่อวันและความถี่ของการแปรงฟันกับปัญหาฟันผุของเด็กนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนั้นการออกปฏิบัติการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน นอกจากตรวจสอบสุขภาพในช่องปากและให้การรักษาตามความเหมาะสมแล้วควรเพิ่มการให้ทันตสุขศึกษาแก่เด็กนักเรียนทุกคนและควรให้ผู้บริหารของโรงเรียนตระหนักถึงความสำคัญของการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและจัดให้มีสถานที่แปรงฟันในโรงเรียนอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: สภาวะฟันผุเด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขา

Abstract

The purpose of this research was to evaluate the dental health status and the relationships between factors and dental health status in lowland and hilltribe children. A total of 221 individuals were included, comprising 91 low land and 130 hill tribe children. The data collection used questionnaire and an oral health survey form. The results showed that the lowland children and hill tribe children having dental caries were 43.9 % and 42.3%, respectively. When considering individual factors in teeth decay, the female children had a higher problem in an average of 48.1%, compared with the male children at 38.5%. The children whose guardians finished compulsory education actually had a higher number of problems with tooth decay, averaging 51.9%, compared with those whose guardians didn't finish compulsory education, 40.1%. Guardians who had a career in commerce such as a trading had children with problems of teeth decay compared with those guardians having other careers, averaging 75.0%. As well as the children with guardians who worked as government officers having dental problem 66.7%. Children being under care of their parents had more problems with tooth decay 43.2%, compared with those being taken care from relatives had 40.0%. However, the relationships of genders, guardians careers, and person taking care of children were not significantly associated with

tooth decay. The children having snack breaks more than or equal to three times a day had more problem of dental health than those with the snack less than two times at 68.2 and 22.3, respectively. Significantly, frequencies of daily food taken and tooth brushing were associated with the dental caries. In addition to the school health promotion, an examination of oral health, and appropriate education for the students towards improving awareness of good oral health, the school administrators should realize on the importance of tooth brushing after meals.

Keywords: Dental Health Status, Lowland School Children, Hill Tribe School Children

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากนั้นเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขโดยเฉพาะในเด็กไทย ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลในปริมาณที่ไม่เหมาะสมของเด็ก โดยชอบบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้อที่นอกเหนือจากมื้อหลักมากกว่า 1 - 2 ครั้งต่อวัน การชอบบริโภคขนมหวานทั้งวันรวมไปถึงดื่มน้ำอัดลมด้วย หรือการแปรงฟันที่ไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น ทำให้เด็กมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ปวดฟัน รวมไปถึงการสูญเสียฟันที่ไ้ขาดเคี้ยวอาหาร สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การกินอาหาร การศึกษาเล่าเรียน การพูดคุย การสื่อสาร

และการพบปะผู้อื่นได้ (กองทันตสาธารณสุข, 2548; สุคาดวง เกร็นพงษ์, 2550)

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2544 และครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2550 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีสัดส่วนผู้เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 57.3 และ 56.9 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 1.6 และ 1.6 ซึ่งต่อคนในช่วงเวลาเดียวกันนอกจากนี้ผลการสำรวจฟันผุในเด็กgrayภาค พบว่า ภาคเหนือเป็นภาคที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในปี พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2550 เท่ากับ 1.7 ซึ่งต่อคนเท่ากัน (จนิษฐ์ รัตนรังสีมา และ ปิยะดา ประเสริฐสม, 2552)

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 12 ปีของฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ.2546 และครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าแนวโน้มของการเป็นโรค ฟันผุในเด็กสูงขึ้นจาก ร้อยละ 60.1 เป็นร้อยละ 62.3 ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ก็มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น โดย ปี พ.ศ.2546 เท่ากับ 1.6 ซึ่งต่อคนเพิ่มเป็น 1.9 ซึ่งต่อคน ในปี พ.ศ. 2551

จากการศึกษาในประเทศไทย (สุดาตวง เกร็นพงษ์, 2550) พบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากใน เด็กวัยเรียนซึ่งมีความเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆ ที่ ก่อนข้างซับซ้อน ทั้งปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ครู ปัจจัยด้านสังคม เช่น นโยบาย ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อ โฆษณา สภาพทางภูมิศาสตร์ของที่อยู่อาศัย ปัจจัย ด้านเศรษฐกิจ เช่น อาชีพและรายได้ของผู้ปกครอง เศรษฐฐานะของคนในชุมชน เป็นต้น ซึ่งความ เกี่ยวข้องกันของปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญเหล่านี้ควร นำมาเป็นข้อพิจารณาในการดำเนินการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก ตั้งแต่การศึกษาภาวะปัญหา สุขภาพช่องปาก การดำเนินการแก้ไขและป้องกัน การเกิดปัญหา ตลอดจนการสร้างองค์ความรู้เพื่อ การประยุกต์ใช้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพช่อง

ปากแบบยั่งยืนต่อไปและที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในเด็ก ประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งมีอายุ 12 ปีเป็นส่วนใหญ่ เพราะเป็นกลุ่มตัวแทนของเด็กประถมศึกษาที่เป็น สากกล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน สภาวะฟันผุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับฟันผุ ของเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ประชากรที่ศึกษาเป็นนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกคนที่เรียนอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาในอำเภอ สะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2555 จาก 17 โรงเรียน รวมจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 221 คน เก็บ ข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการ บริโภค และการดูแลสุขภาพในช่องปาก และ แบบ สสำรวจภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งปรับปรุงมาจาก แบบสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทย โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย คัดแปลง มาจากแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลก Oral Health Survey: Basic Methods 4th Edition (World Health Organization, 1997) ผู้วิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และตรวจช่องปากของนักเรียนทุกคนตามลำดับ เลขที่จนครบวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อภาวะ สุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษาชาวไทยพื้น ราบกับชาวไทยภูเขาโดยใช้สถิติ Chi square test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะ สุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษาชาวไทยพื้น ราบกับชาวไทยภูเขาโดยใช้สถิติ Student t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป เด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ของอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ทั้งหมด 221 คน จำแนกเป็นเด็กชาวไทยพื้นราบ ร้อยละ 41.2 เด็กชาวไทยภูเขา ร้อยละ 58.8 เป็น

เด็กชายร้อยละ 52.9 และเด็กหญิง ร้อยละ 47.1 เด็ก นักเรียนมีอายุ 12 ปีมากที่สุดร้อยละ 62.4 อายุเฉลี่ย ของเด็กชาวไทยพื้นราบคิดเป็น 12.08 (S.D.=0.65) และอายุเฉลี่ยของเด็กไทยภูเขาคิดเป็น 12.28 (S.D.= 0.64) ผู้ปกครองมีอาชีพเป็นเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 70.6 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าภาค บังคับ(มัธยมศึกษาปีที่ 3) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.6 เด็กส่วนใหญ่มีพ่อแม่ เป็นผู้เลี้ยงดูร้อยละ 88.7 แสดงในตารางที่ 1

2. สุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยฟัน ผุ ถอน อุด (DMFT) ของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 ของอำเภอสะเมิง โดยรวมพบว่า มีค่าเฉลี่ย DMFT 3.8 ซี่/คน มีฟันผุ/อุดแล้วเฉลี่ย 0.9 ซี่/คน และไม่ มีฟันแท้ที่ถูกถอน เด็กนักเรียนได้รับการอุดฟัน โดย เฉลี่ย 2.9 ซี่/คนเมื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน ฟัน อุดฟัน ระหว่างเด็กชาวไทยพื้นราบกับเด็กชาว ไทยภูเขาพบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 ชาวไทยพื้นราบและชาวไทยภูเขา

ข้อมูลทั่วไป	พื้นราบ (n=91)		ไทยภูเขา (n=130)		รวม (n=221)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	44	48.4	73	56.2	117	52.9
หญิง	47	51.6	57	43.8	104	47.1
อายุ						
11 ปี	14	15.4	9	6.9	23	10.4
12 ปี	58	63.7	80	61.5	138	62.4
13 ปี	17	18.7	37	28.5	54	24.4
14 ปี	2	2.2	4	3.1	6	2.7
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.08 \pm 0.65		12.28 \pm 0.64		12.19 \pm 0.65	
อาชีพผู้ปกครอง						
รับราชการ	6	6.6	0	0	6	2.7
รับจ้าง/ลูกจ้าง	18	19.8	33	25.4	51	23.1
เกษตรกร	60	65.9	96	73.8	156	70.6
ค้าขาย	7	7.7	1	0.8	8	3.6
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง						
ต่ำกว่าภาคบังคับ*	68	74.7	99	76.2	167	75.6
สูงกว่าภาคบังคับ	23	25.3	31	23.8	54	24.4
ผู้ให้การเลี้ยงดูมากที่สุด						
พ่อแม่	72	79.1	124	95.4	196	88.7
ปู่ย่า ตายาย	18	19.8	3	2.3	21	9.5
ลุงป้า น้าอา	1	1.1	3	2.3	4	1.8
สถานะฟันผุ						
ไม่มีฟันผุ	51	56.1	75	57.7	126	57.0
มีฟันผุ	40	43.9	55	42.3	95	43.0

* ต่ำกว่าภาคบังคับ หมายถึง การศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพช่องปากจากการเกิดฟันผุ ถอนฟัน อุดฟัน ของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

ภาวะสุขภาพ ช่องปาก	พื้นราบ (N=91)		ไทยภูเขา (N=130)		รวม (N=221)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ผุ/อุดแล้วผุ	0.9	1.0	1.0	1.6	0.9	1.5	0.240	0.624
ถอนฟัน	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.388	0.533
อุดฟัน	3.1	2.8	2.8	2.2	2.9	2.5	0.138	0.710
ฟันที่ได้เกิดการผุ/ ถอน/อุด (DMFT)	4.0	3.8	3.8	1.9	3.8	2.1	0.309	0.578

3. พฤติกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพช่องปาก

จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ การรับประทานอาหารว่างและความถี่ในการรับประทาน พบว่า อาหารว่างที่เด็กรับประทานมากที่สุดคือ ผลไม้ คิดเป็น ร้อยละ 86.9 โดยเด็กชาวไทยพื้นราบและชาวไทยภูเขา รับประทานผลไม้เป็นอาหารว่างคิดเป็นร้อยละ 89.0 และ 85.4 ตามลำดับ รองลงมาในภาพรวมเด็กรับประทานขนมขบเคี้ยวที่บรรจุเป็นซองร้อยละ 74.2 โดยที่เด็กชาวไทยพื้นราบบริโภคในสัดส่วนที่สูงกว่าเด็กชาว

ไทยภูเขาร้อยละ 81.3 และ 69.2 ตามลำดับสำหรับความถี่ในการรับประทานอาหารว่างโดยรวมพบว่า เด็กรับประทานอาหารว่างอย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน ร้อยละ 86.0 และรับประทานอาหารว่างไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง/วันเป็นเด็กชาวไทยภูเขาร้อยละ 89.2 และเด็กชาวไทยพื้นราบร้อยละ 81.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปาก พบว่า จำนวนครั้งของการแปรงฟันต่อวันในเด็กชาวไทยพื้นราบและชาวไทยภูเขามีการแปรงฟัน 1 ครั้งต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 61.5 เด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบมีส่วนของการแปรงฟัน 2 ครั้ง และ 3 ครั้งต่อวันมากกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขา แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละในพฤติกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

พฤติกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพในช่องปาก	พื้นราบ (N=91)		ไทยภูเขา (N=130)		รวม (N=221)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหารว่าง						
ผลไม้	81	89.0	111	85.4	192	86.9
ขนมขบเคี้ยวเป็นซอง	74	81.3	90	69.2	164	74.2
ไอศกรีม	64	70.3	90	69.2	154	69.7
ขนมอื่นๆ เช่นลูกอม ของหวาน	47	51.6	82	63.1	129	58.4
น้ำอัดลม	56	61.5	71	54.6	127	57.5
ขนมเค้ก	35	38.5	38	29.2	73	33.0
ความถี่ในการรับประทานอาหารว่าง						
ไม่รับประทาน	0	0	1	0.8	1	0.5
1 ครั้ง	17	18.7	13	10.0	30	13.6
2 ครั้งขึ้นไป	74	81.3	116	89.2	190	86.0
จำนวนครั้งของการแปรงฟันต่อวัน						
1 ครั้ง	39	42.9	97	74.6	136	61.5
2 ครั้ง	42	46.2	27	20.8	69	31.2
3 ครั้ง	10	10.9	6	4.6	16	7.3

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับฟันผุ

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศของเด็กนักเรียน ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และ ผู้ให้การเลี้ยงดูเด็ก ที่มี

ความสัมพันธ์กับปัญหาฟันผุของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p > 0.05$) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะฟันผุของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6

ปัจจัยส่วนบุคคล	ฟันไม่ผุ		ฟันผุ		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แหล่งที่อยู่อาศัย						
เด็กพื้นราบ	51	56.1	40	43.9	1.861	0.183
เด็กไทยภูเขา	75	57.7	55	42.3		
เพศ						
ชาย	72	61.5	45	38.5	2.077	0.150
หญิง	54	51.9	50	48.1		
การศึกษาของผู้ปกครอง						
ต่ำกว่าภาคบังคับ*	100	59.9	67	40.1	2.308	0.131
สูงกว่าภาคบังคับ	26	48.1	28	51.9		
อาชีพผู้ปกครอง						
เกษตรกร	88	56.4	68	43.6	6.680	0.083
อาชีพอื่น	38	58.5	27	41.5		
ผู้ให้การเลี้ยงดู						
พ่อ-แม่	111	56.6	85	43.4	0.095	0.283
ญาติ	15	60.0	10	40.0		

* ต่ำกว่าภาคบังคับ หมายถึง การศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรับบริโภคกับฟันผุ เครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลกับปัญหาประเภทการรับประทานอาหารว่างของเด็ก ฟันผุของเด็กนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กัน ประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า เด็กนักเรียนที่รับประทาน (p=0.199) ขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลมี เด็กนักเรียนที่รับประทานผลไม้ไม่มีฟันผุ ฟันผุร้อยละ 44.4 สำหรับเด็กที่ไม่ได้รับประทาน มี ร้อยละ 45.8 เด็กที่ไม่ได้รับประทานผลไม้ไม่มีฟันผุ ฟันผุร้อยละ 30.4 แต่การรับประทานขนมและ ร้อยละ 24.1 แต่การรับประทานผลไม้กับปัญหาฟันผุ

ของเด็กนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.028) ต่อวันมีฟันผุร้อยละ 22.3 และความถี่ในการรับประทานต่อวันกับปัญหาฟันผุของเด็กนักเรียนมี

เด็กนักเรียนที่รับประทานอาหารมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน มีฟันผุร้อยละ 68.2 สำหรับ ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.001) แสดงในตารางที่ 5

เด็กที่เด็กที่รับประทานอาหารว่างน้อยกว่า 2 ครั้ง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรบริโภคอาหารว่างกับภาวะฟันผุของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6

พฤติกรรมกรบริโภค	ฟันไม่ผุ		ฟันผุ		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประเภทอาหารว่าง						
ขนมและเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล						
ไม่ได้รับประทาน	16	69.6	7	30.4	1.671	0.199
รับประทาน	110	55.6	88	44.4		
ผลไม้						
ไม่ได้รับประทาน	22	75.9	7	24.1	4.822	0.028
รับประทาน	104	54.2	88	45.8		
ความถี่ในการรับประทานต่อวัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง	105	67.7	50	22.3	24.368	0.001
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	21	31.8	45	68.2		

ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพในช่องปากกับ แปรผันจำนวน 3 ครั้งต่อวันมีฟันผุน้อยที่สุด ร้อยฟันผุ เด็กนักเรียนที่แปรผันจำนวน 2 ครั้งต่อวันมี ละ 37.5 ความถี่ในการแปรผันมีความสัมพันธ์กับ ปัญหาฟันผุของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญ (p=0.038) แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแปรงฟันกับภาวะฟันผุของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6

ความถี่การแปรงฟัน	ฟันไม่ผุ		ฟันผุ		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1 ครั้งต่อวัน	81	59.6	55	41.4	5.177	0.038
2 ครั้งต่อวัน	36	52.2	33	47.8		
3 ครั้งต่อวัน	10	62.5	6	37.5		

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากประกอบด้วย เพศ อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผู้ให้การเลี้ยงดู โดยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลแต่ละส่วนนั้น ไม่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพช่องปากมากนัก ทั้งนี้เพราะทั้งเพศหญิงและเพศชายมีโอกาสเท่าเทียมกันในการศึกษาภาคบังคับตามนโยบายส่งเสริมการศึกษาของรัฐบาล ส่วนปัจจัยด้านอาชีพของผู้ปกครองพบว่า ทั้งชาวไทยภูเขาและชาวไทยพื้นราบส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม แต่อาชีพค้าขายของผู้ปกครองทำให้เด็กเกิดฟันผุมากที่สุด เหตุผลหนึ่งคือ ผู้ปกครองที่มีฐานะดีกว่า ได้รับค่าตอบแทนในการประกอบอาชีพมากกว่า ทำให้มีเศรษฐกิจของครอบครัวดี สามารถให้เงินลูกไป

โรงเรียนได้มากกว่า ดังนั้น เด็กจึงมีโอกาสเกิดโรคฟันผุจากการกินอาหารว่างและขนมขบเคี้ยวมากกว่าเด็กที่ผู้ปกครองมีรายได้น้อยกว่าและครอบครัวที่มีรายได้ดี จะมีโอกาสเลือกซื้ออาหารมาบริโภคมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและมักพบว่า มีการบริโภคอาหารมากเกินไปความต้องการ เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม ซึ่งเป็นอาหารที่มีน้ำตาลสูง เป็นต้น (วิณะ วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์, 2541) นอกจากนี้บิดามารดาที่มีฐานะทางการเงินดี มักมีพฤติกรรมตามใจเด็ก ให้เด็กกินขนมหวาน ไอศกรีม น้ำหวาน ลูกอม เยลลี่ ฯลฯ (สุภัทรา สนธิเสวต, 2551) ผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้เด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบมีปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขา รวมทั้งผู้ให้การเลี้ยงดูลูกของชาวไทยพื้นราบและชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ เป็นพ่อ แม่ ส่วนเด็กที่ผู้ปกครองเรียนสูง

กว่าภาคบังคับ (ม.3) มีโอกาสเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่ผู้ปกครองเรียนต่ำกว่าภาคบังคับ ผลกระทบจากปัจจัยต่างๆเหล่านี้ทำให้เด็กนักเรียนชาวไทยพื้นราบมีปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่าเด็กนักเรียนชาวไทยภูเขา

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว พฤติกรรมการบริโภคก็ส่งผลต่อภาวะช่องปากเด็ก เช่น อาหารว่างที่ชอบรับประทาน ได้แก่ ผลไม้ ขนมขบเคี้ยว ไอศกรีม ซึ่งเด็กส่วนใหญ่จะนิยมรับประทาน ผลไม้และขนมขบเคี้ยวร่วมกัน เนื่องจากอำเภอสะเมิงมีผลไม้ตามฤดูกาลตลอดทั้งปีและส่วนใหญ่ผู้ปกครองของเด็กก็มีอาชีพเกษตรกรรมซึ่งก็จะมีผลไม้อยู่ในสวน โดยเฉพาะกล้วยน้ำว้า ซึ่งมีเป็นจำนวนมากเด็กสามารถรับประทานได้ง่าย ส่วนขนมขบเคี้ยว ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการโฆษณาสินค้าเหล่านี้ตามสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์ เป็นต้น และมีขายทั่วไปทั้งในหมู่บ้าน ชุมชนและในโรงเรียน จึงทำให้เด็กชาวไทยพื้นราบหันมารับประทานขนมขบเคี้ยวมากขึ้นแต่เด็กชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ในพื้นที่สูงห่างไกลตัวอำเภอ จึงมีการนำขนมไปขายในโรงเรียนน้อย ประกอบกับฐานะยากจน จึงไม่มีโอกาสซื้อมากินบ่อย จึงหันไปกินพวกผลไม้พื้นบ้านเป็นส่วนใหญ่

สำหรับจำนวนครั้งของการรับประทานอาหารว่างต่อวันที่พบว่าทั้งเด็กชาวไทยพื้นราบและเด็กชาวไทยภูเขาจะรับประทานอาหารว่างจำนวนไม่เกินกว่า 2 ครั้งต่อวันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะได้รับประทานจากที่โรงเรียนเลียงตามโครงการอาหารกลางวัน และนมโรงเรียนที่รัฐบาลสนับสนุน ให้เด็กประถมทุกคน (สุบิน สุนันตะ, 2551)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 เพื่อลดอัตราฟันผุนอกจากการออกปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน เพื่อตรวจสุขภาพในช่องปากและให้การรักษาตามความเหมาะสมแล้วควรเพิ่มการให้ทันตศึกษาแก่เด็กนักเรียนทุกคนเพื่อให้เด็กนักเรียนทุกคนสามารถเลือกรับประทานอาหารและขนมที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ปลอดภัย สะอาด และมีราคาถูก ลดการบริโภคอาหารและขนมที่มีรสหวาน พร้อมทั้งส่งเสริมให้นักเรียน มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดช่องปากและตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีรวมทั้งปัญหาสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยการส่งเสริมกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน

เอกสารอ้างอิง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548: โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก “ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี”; 2548.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2543 - 2544; 2545.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจ: สถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - 2550. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2551.

ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา, ปิยะดา ประเสริฐสม. สถานการณ์ทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาและการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน จากผลการสำรวจระดับจังหวัดปี 2548 - 2550. ว.ทันต. สธ 2552; 14: 48-57.

ฝ่ายทันตสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและ บริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2546. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2546.

ฝ่ายทันตสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและ บริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2551. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2553.

วิณะ วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร. สำนักพัฒนาวิชาแพทยกรรม การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2541.

สุดาดวง เกรัมย์พงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 1: หลักการและความเป็นมาวารสารวิชาการสาธารณสุข 2550; 16:17-25.

สุภัทรา สนธิเศวต. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 3-5 ปี อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

- สุบิน สุนันตะ. พฤติกรรมการของเด็กนักเรียน
ประถมศึกษา อำเภอฟ่าง จังหวัดเชียงใหม่.
การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;
2551.
- World Health Organization. Oral Health Survey
Basic Methods 1997; (Online). Available from:
<http://www2.alliance-hpsr.org/bookorders>.
Accessed on 13 January 2011.