

วารสาร



สารธารณสุขล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- ▶ การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ในค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง
อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน
- ▶ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน
- ▶ ความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่
- ▶ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น
ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา
- ▶ การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ
อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
- ▶ ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
กลุ่มติดเตียงอำเภอท่าม่วง จังหวัดน่าน
- ▶ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะคำโม่ง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

E-ISSN 2672-930X

วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม — มิถุนายน 2564
Lanna Public Health Journal Volume 17 No. 1 January — June 2021

วารสารสาธารณสุขล้านนา

คณะที่ปรึกษา

นพ.ศุภชัย	ฤกษ์งาม	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน	กรมควบคุมโรค
นพ.อรรถพล	ชีพัสตยากร	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน	กรมควบคุมโรค
รศ.ดร.นิมิตร	มรกต	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นพ.สุเมธ	องค์วรรณดี	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุรเชษฐ์	อรุณทอง	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
------------------	---------	---

รองบรรณาธิการ

ดร.นารถดา	ชั้นธิกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
-----------	-----------	---

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ	วิวรรณเดช	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.สาคร	พรประเสริฐ	คณะเทคนิคการแพทย์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ธีรภาพ	เจริญวิริยะภาพ	คณะเกษตรศาสตร์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รศ.ดร.ปรัชญา	สมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อดิพร	แซ่ฮ้าง	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.สมเดช	ศรีชัยรัตนกุล	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เพ็ญประภา	ศิริโรจน์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.เกรียงไกร	ศรีธนวิบูลย์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.จักรกฤษณ์	วังราษฎร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.ปิยะรัตน์	บุตรารักษ์	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.จระณี	แก้วกั้ว	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พญ.สารนาถ	ลือพลศรีนิยม	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ยุทธนา	หมั่นดี	คณะสหเวชศาสตร์	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.ประยุทธ์	สุดาทิพย์	สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง	กรมควบคุมโรค
ดร.อังคณา	แซ่เจ็ง	สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง	กรมควบคุมโรค
นพ.จรัส	สิงห์แก้ว	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.เจริญ	ชูโชติถาวร	สถาบันโรคทรวงอก	กรมการแพทย์
นางศุภธินี	วัฒนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	
นพ.นัฐพนธ์	เอกรักษ์รุ่งเรือง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.อดุลย์ศักดิ์	วิจิตร	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
นพ.วาทิ	สิทธิ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
นายอานวย	ทิพศิริราช	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.เจริญศรี	แซ่ตั้ง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.วราพันธ์	พรวิเศษศิริกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	

คณะจัดการและเตรียมต้นฉบับ

นางสาวยุภาพร	ศรีจันทร์
นางสาวธัญญาพรรณ	เรือนทิพย์
นายเกรียงศักดิ์	ชัยยะ
นายกิตติกานต์	แก้วเรือน
นางสาวเกสร	ไชยล้อม

คณะประชาสัมพันธ์

นางสาวนพพร	ศรีผัด
นายสวาท	ชลพล
นางสาวอังสุมาลี	บุญสูง
นางสาวชุติญา	ไชยมน

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)
เลขที่ 447 ถนนลำพูน ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000
โทรศัพท์ 053-276364 ต่อ 118 หรือ 204 โทรสาร 053-273590
E-mail: lannadpc10@gmail.com
Website: <https://tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/>

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง หรือ ราย 6 เดือน (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)



วารสารสาธารณสุขล้านนา

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

E-ISSN 2672-930X

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564

Volume 17 No. 1 January – June 2021

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ในค่ายโครงการศูนย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน <i>สาริกซ์ พรหมมารัตน์ และคณะ</i>	1	Investigation on the Outbreak of Influenza in Behavior Modification Camp on Drug Users, Mueang District, Lamphun Province <i>Sarik Promarat, et al.</i>
ประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน <i>ศิริพร นวกะวงษ์การ</i>	12	The Effectiveness of Smoking Cessation Programs among Chronic Non Communicable Diseases Patients in Health Service Network, Ban Hong District, Lamphun Province <i>Siriphon Nawakawongkan</i>
ความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในจังหวัดเชียงใหม่ <i>ธัญพร รุ่งวิจิตร และคณะ</i>	27	Prevalence and Distribution of Colorectal Cancer in Chiang Mai Province <i>Thanyaporn Rangwichit, et al.</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา <i>กมลวรรณ สุวรรณ และคณะ</i>	40	Factors associated with Food Consumption Behaviors in Overweight Secondary School Students in Mueang District, Yala Province <i>Kamonwan Suwan, et al.</i>
การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของ ประชากรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง <i>กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา และสยามภู ไสหา</i>	52	Preparedness of the Pre-Aging Population Entering an Aging Society, Mae Tha District, Lampang Province. <i>Kritsanapong Duangsupa and Sayambhu Saita</i>
ประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน <i>วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง และทักษ์ไวย วงศ์ปิ่นตา</i>	64	Effectiveness of an Empowerment Program for Caregivers Giving Oral Health Care to the Bedridden Elderly, Tha Wang Pha District, Nan Province <i>Woodtipong Thanakwang and Tassanai Wongpinta</i>
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์ แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนอง มะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี <i>วิเชียร เพ็งสวย และศรีสุรางค์ เคหะนาค</i>	76	Factors associated with Thai Traditional Medical Services at Nongmakhamong Health Promotion Hospital, Danchang District, Suphanburi Province <i>Wichean Pengsawy and Srisurang Kahanak</i>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการและผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และภัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเน้นเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจ โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตามลำดับก่อน หลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

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 รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ 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 ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

2.1 ขนาดของต้นฉบับ ใช้กระดาษขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) พิมพ์หน้าเดียวโดยใช้ Font: Cordia UPC ขนาด 16 เว้น และพิมพ์โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 1 บรรทัด เพื่อสะดวกในการอ่านและปรับตรวจแก้ไขภาพประกอบ เป็นภาพสี หรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากได้ภาพ ความยาวไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ต้นฉบับเป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ ความยาวเรื่องไม่เกิน 15 หน้า ประกอบด้วยหัวข้อและเรียงลำดับให้ถูกต้อง ดังนี้ บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วิธีการศึกษา (สำหรับงานวิจัยที่ทำในมนุษย์ให้แจ้งหมายเลขการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้วย) ผลการศึกษา อภิปรายผล เอกสารอ้างอิง รวมทั้งตารางและรูป

2.3 ต้นฉบับ จะต้องประกอบด้วยหัวข้อ ดังต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ให้อ่านได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็ม มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อหน่วยงาน ให้ใช้คำเต็ม มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด

หรือไม่เกิน 300 คำ ประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุ (กลุ่มตัวอย่าง) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความย่อ บทความต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือ คำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทความย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ

อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลการศึกษามากกล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ที่สอดคล้องกับผลการศึกษา หรือ ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธิตสุขสันนา กองบรรณาธิการกำหนดให้ผู้เขียนรวบรวมเอกสารอ้างอิงเฉพาะรายการเอกสารที่ถูกอ้างไว้ในส่วนเนื้อเรื่องเท่านั้น ภายใต้หัวข้อ "เอกสารอ้างอิง" สำหรับบทความภาษาไทย และ "References" สำหรับบทความภาษาอังกฤษ หลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิง กำหนดให้ผู้เขียนใช้แบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

1. การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารหลัก หรือการอ้างอิงในเนื้อหาบทความ (citations in text) ใช้ระบบนาม-ปี ดังนี้ ให้วงเล็บชื่อผู้แต่ง ใส่เครื่องหมายจุลภาค (.) ตามด้วยปี พ.ศ. ที่เผยแพร่ เช่น ภาษาไทย (ธีระ รามสูต และคณะ, 2526) ภาษาอังกฤษ (Ramasoota *et al.*, 1983)

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ใช้ระบบอ้างอิง APA ผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อนามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุล ชื่อ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อวารสารเต็มตามหนังสือ Index Medicus โดยเรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับตัวอักษร และให้การอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยขึ้นก่อน รายละเอียดดังรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมต้นฉบับเพื่อการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

3.1 รูปแบบและขนาดอักษรที่ใช้ในรื่องกำหนดไว้ดังนี้

ต้นฉบับภาษาไทย – Font: Cordia UPC ขนาด 16 เว้น ระยะห่าง 1 บรรทัด

ชื่อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 20

ชื่อผู้แต่ง หน่วยงานที่สังกัด และหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 16

และเนื้อเรื่องพิมพ์ตัวปกติ ขนาด 16

ต้นฉบับภาษาอังกฤษ – Font: Cordia UPC ระยะห่าง 1 บรรทัด

ชื่อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 20

ชื่อผู้แต่ง หน่วยงานที่สังกัด และหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา ขนาด 16

และเนื้อเรื่องพิมพ์ตัวปกติ ขนาด 16

3.2 ตารางและรูปเขียนเป็นภาษาไทย หรืออังกฤษ เรียงลำดับตามเนื้อหา

3.3 การอ้างอิงเอกสารในเนื้อหา ใช้ระบบนาม-ปี ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงทุกเรื่องจากตัวจริง หรือสำเนาตัวจริง ไม่ควรอ้างอิงเอกสารที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ อ้างอิงตามรูปแบบ APA หากเป็นเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะชื่อแรกและตามด้วย "และคณะ" ใช้ชื่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Indexed in Index Medicus (ดูตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงในหัวข้อ การเขียนเอกสารอ้างอิง)

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ส่งทางเว็บไซต์ เท่านั้น*** <https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/>

4.2 กรณีต้องการติดต่อกองบรรณาธิการ สามารถติดต่อได้หลายช่องทาง ดังนี้

4.2.1 ติดต่อด้วยเอกสารส่งทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)

เลขที่ 143 ถนนศรีดอนไชย ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 0 5327 6364 ต่อ 118, 204 โทรสาร 0 5327 3590

4.2.2 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: lannadpc10@gmail.com

4.3 ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง File ผลงานวิชาการเข้าไปในเว็บไซต์เพื่อการลงทะเบียนบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ และส่งไฟล์ที่แก้ไขตามคำแนะนำของ Peer review พร้อมทั้ง Highlight ในส่วนที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำ และตอบคำถามของ Peer review โดยแยกออกจากไฟล์ฉบับแก้ไขใหม่ บันทึกด้วยโปรแกรม Microsoft Word ให้กองบรรณาธิการ ภายในวันที่กำหนด ผ่านทางเว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/> เท่านั้น

4.4 การพิจารณาตีพิมพ์ ผลงานจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาบทความมีความเห็นให้ตีพิมพ์ได้ อย่างน้อย 1 ใน 2

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และจะส่งให้ Peer review 2 ท่านร่วมพิจารณา โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้นิพนธ์ และ Peer review (Double-blind Peer Review)

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนสามารถ Download เอกสาร ได้ที่เว็บไซต์

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/>

ความรับผิดชอบ

1. วารสารสาธารณสุขสุล่านนาได้จัดทำเป็นแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ กรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการเล่มวารสารสามารถแจ้งกองบรรณาธิการเพื่อประสานโรงพิมพ์ให้เป็นกรณีเฉพาะ ทั้งนี้ผู้พิมพ์จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามราคาที่โรงพิมพ์กำหนด

2. บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขสุล่านนา ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ หรือการวิจัยตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารสาธารณสุขสุล่านนา

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้อ้างอิงเอกสารภาษาไทยก่อนภาษาต่างประเทศเรียงลำดับตามตัวอักษร

3.1 การอ้างอิงในเนื้อหาวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

ผู้แต่ง	การอ้างอิง นอกวงเล็บครั้งแรก	การอ้างอิงนอกวงเล็บ ครั้งที่สองเป็นต้นไป	การอ้างอิง ในวงเล็บครั้งแรก	การอ้างอิง ในวงเล็บครั้งที่สอง เป็นต้นไป
1 คน	Vardy (2015)	Vardy (2015)	(Vardy, 2015)	(Vardy, 2015)
2 คน	Vardy and Stone (2014)	Vardy and Stone (2014)	(Vardy & Stone, 2014)	(Vardy & Stone, 2014)
3 คนขึ้นไป	Vardy <i>et al.</i> (2014)	Vardy <i>et al.</i> (2014)	(Vardy <i>et al.</i> , 2014)	(Vardy <i>et al.</i> , 2014)
องค์กร/ หน่วยงาน	World Health Organization (WHO, 2015)	WHO (2015)	(World Health Organization [WHO], 2015)	(WHO, 2015)

● การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งเรื่องของผู้แต่งต่างกัน

เรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้แต่งด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) กรณีที่เอกสารทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศถูกอ้างพร้อมกัน ให้เริ่มทำงานเขียนภาษาไทยก่อน และตามด้วยภาษาอังกฤษ

ตัวอย่างเช่น

(Miller, 1999; Shafranske & Mahoney, 1998)

(กัลยา วานิชย์บัญชา, 2562; สังวรณั จัตกระโทก, 2557)

(อนุชาติ บุนนาค, 2549; Campbell, 2006)

● การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งเรื่องที่มีผู้แต่งซ้ำกัน ปีพิมพ์ต่างกัน

ให้ระบุชื่อผู้แต่งในการอ้างครั้งแรก หลังจากนั้นลงเฉพาะปีพิมพ์โดยเรียงลำดับเอกสารตามปีพิมพ์ ค้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตัวอย่างเช่น

(Gogel, 1996, 2006)

(Edeline & Weinberger, 1991, 1993)

(บุญยงค์ เกศเทศ, 2516, 2520, 2523)

3.2 การเขียนเอกสารอ้างอิง

- การอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง (ใช้ชื่อสกุลเต็ม ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ). (ปี พ.ศ.). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร, ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่พิมพ์), หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

McCombie, S. C. (1996). Treatment seeking for malaria: a review of recent research.

Social science & medicine, 43(6), 933-945.

นารณดา ชันธิกุล, อังคณา แซ่เจ็ง, ประยุทธ์ สุดาพิทย และสุรเชษฐ์ อรุณทอง. (2561). การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในการรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากภัยพิบัติทางธรรมชาติในภาคเหนือประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 14(2), 1-12.

ในกรณีที่ค้นบทความวิชาการที่เข้าถึงโดยระบบ Online (Journal article on the Internet)

ตัวอย่าง

นารณดา ชันธิกุล, ประยุทธ์ สุดาพิทย, อังคณา แซ่เจ็ง, รุ่งระวี ทัพย์ มนตรี, วรณภา สุวรรณเกิด. (2556).

ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(1), 21-34. [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2556]; แหล่งข้อมูล:

URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/190223>

Khantikul, N., Butraporn, P., Kim, H. S., Leemingsawat, S., Tempongko, M. S. B., & Suwonkerd, W. (2009). Adherence to antimalarial drug therapy among vivax malaria patients in northern Thailand. Journal of health, population, and nutrition, 27(1), 4-13.

[cited 2005 May 20]; Available from: URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761802/>

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่รายชื่อผู้แต่งทุกคนขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม *et al.* ถ้าเป็นภาษาไทย เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม และคณะ

ภาษาไทย : ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม Font 16

- การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง สกุล (อักษรย่อของชื่อหน่วยงาน). (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Fenner, F., Hall A. J., & Dowdle, W. R. (1998). What is eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, 1st eds. The eradication of infectious diseases. Chichester: John Wiley & Sons.

- การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา:

ชื่อผู้เขียน ชื่อสกุล. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

อมร ลีลารัศมี และสุรพล สุวรรณกุล. (2536). ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลารัศมี และสุรพล สุวรรณกุล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ที พี พรินท์ จำกัด.

- การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings)

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

- การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่รับปริญญา). ชื่อเรื่อง. ประเภทปริญญา. ภาควิชา คณะ เมือง: มหาวิทยาลัย.

- บทความอิเล็กทรอนิกส์ทั่วไป

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ [ประเภทสื่อ]. [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือน วันที่]; แหล่งข้อมูล/Available
from: URL: <http://.....>

- การอ้างอิงอื่นๆ

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. (2538). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์, 545.

การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ในค่ายโครงการ ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

Investigation on the Outbreak of Influenza in Behavior Modification Camp on Drug Users, Mueang District, Lamphun Province

สาริกซ์ พรหมมารัตน์* พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

Sarik Promarat* M.D., Dip. Thai Board of
Family Medicine

สุประวีณ์ กันทะวงศ์* ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Suprawee Kantawong* B.P.H. (Public Health)

กิตติพันธ์ ฉลอม** พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน

Kittiphan Chalom** M.D., Dip. Thai Board of
Preventive Medicine

* โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน Lamphun hospital, Lamphun Province

** โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ Chiang Dao hospital, Chiang Mai Province

Received: Oct 2, 2020

Revised: Oct 24, 2020

Accepted: Mar 3, 2021

บทคัดย่อ

เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาลลำพูน ได้รับแจ้งว่าพบผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ณ ค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จึงดำเนินการสอบสวนโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยืนยันการระบาด ศึกษาปัจจัยของการระบาดและหาแนวทางการควบคุมโรค ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาด้วยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กำหนดนิยามคือ ผู้เข้าค่าย หรือวิทยากรที่มีไข้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หรือให้ประวัติมีไข้และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร่วมกับอาการอื่นอย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย คัดจมูก เยื่อบุตาอักเสบ ระหว่างวันที่ 1-16 กุมภาพันธ์ 2563 ดำเนินการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ด้วยวิธีการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ผลการค้นหผู้ป่วยเชิงรุกพบผู้ป่วยตามนิยาม 29 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 25.70 ทั้งหมดได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการระบาดในครั้งนี้ ได้แก่ การมีเพื่อนที่ร่วมรับประทานอาหารมีอาการป่วย (AOR=6.14, 95%CI=1.49-25.30) การล้างมือด้วยน้ำเปล่าเมื่อเทียบกับการล้างมือด้วยน้ำสบู่ (AOR=5.92, 95%CI=1.67-21.16) การนอนในอาคารที่อากาศถ่ายเทไม่ดี (AOR=4.09, 95%CI=1.11-15.04) โดยภายหลังจากการดำเนินการควบคุมโรค โดยการแยกผู้ที่มีอาการป่วยออกจากผู้ที่ไม่มีอาการป่วย การเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหารเป็นแบบอาหารจานเดียว เน้นการล้างมือให้ถูกต้อง ใส่หน้ากากอนามัย ทำให้การแพร่ระบาดในครั้งนี้ยุติลง

คำสำคัญ: การสอบสวนโรค, ไข้หวัดใหญ่, ปัจจัยเสี่ยง

ABSTRACT

On February 8th 2020, surveillance and rapid response team received notification of a cluster of Influenza-like illness in behavior modification camp on drug users in Mueang District, Lamphun Province. A team performed the investigation to confirm diagnosis, describe outbreak epidemiologically, identify risk factors and control the outbreak. We conducted active case finding among participants and staff in the camp by defined case as participant or staff who had 37.5°C or history of fever or above and myalgia with at least one of following symptoms, which were including headache, cough, sore throat, fatigue, nasal congestion and conjunctivitis between 1-16 February 2020. Retrospective cohort study was performed to identify risk factors. Twenty-nine cases (25.70%) were identified without death or hospitalization. After adjusted by using multiple logistic regression analysis, joining meal group with case (AOR=6.14, 95%CI=1.49-25.30), washing hands without soap (AOR=5.92, 95%CI=1.67-21.16) and sleeping at poorly ventilated room (AOR=4.09, 95%CI=1.11-15.04) were shown statistically significant risk factors. This outbreak was controlled after isolated cases, changed to eat individual meals, promoted hand washing with soap and encouraged all participants for wearing face mask.

Key words: Investigation, Influenza, Risk factor

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus) ซึ่งเชื้อไวรัสชนิดนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม Orthomyxovirus (พรทิพภา เล็กเจริญสุข, 2557) มี 4 กลุ่ม ได้แก่ A, B, C และ D ซึ่งกลุ่ม A และ B เป็นสาเหตุของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและไข้หวัดใหญ่ที่ทำให้เกิดการระบาดใหญ่ เช่น ไข้หวัดใหญ่ 2009 ที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่าสองแสนราย จากไวรัสชนิด H1N1 ส่วนกลุ่ม D เป็นการติดเชื้อที่พบเฉพาะในสัตว์ และยังไม่พบการติดเชื้อที่แพร่มาสู่คน (World Health Organization: WHO, 2561) เชื้อไข้หวัดใหญ่มีระยะฟักตัวประมาณ 1-3 วัน ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ตั้งแต่ 1 วันก่อนมีอาการ และจะแพร่เชื้อต่อไปอีก 5-7 วันหลังมีอาการ อาการทั่วไปของไข้หวัดใหญ่ คือ มีไข้ ไอ น้ำมูก บางคนมีอาการเจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย อาการส่วนใหญ่จะไม่รุนแรง เป็นอยู่ประมาณ 3-5 วัน บางครั้งจะคล้ายโรคไข้หวัดธรรมดา บางครั้งอาจจะไม่แสดงอาการ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่จะมี

อาการรุนแรง ทำให้ปอดบวม การหายใจล้มเหลว ซึ่งอาจจะรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ (ภาวพันธ์ ภัทรโกศล, 2551) พบอัตราป่วยประมาณร้อยละ 10-20 ของกลุ่มเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบการระบาดที่เป็นกลุ่มก้อน เป็นสถานที่ที่มีการรวมตัวของคนหมู่มาก โรคไข้หวัดใหญ่ติดต่อโดยการไอหรือจาม เชื้อจะเข้าทางเยื่อบุตาและปาก สัมผัสเสมหะของผู้ป่วยทางแก้วน้ำ ผ้า จูบ สัมผัสทางมือที่ปนเปื้อนเชื้อโรค (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ปี 2559-2561 มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในปี 2562 พบผู้ป่วย 396,363 ราย (อัตราป่วย 596.81 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 28 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.04 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน 2562 พบว่า ประเทศไทยมีการระบาดไข้หวัดใหญ่ชนิด B สูงผิดปกติ (ศูนย์ไข้หวัดใหญ่

แห่งชาติ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2562) ในส่วนของ จังหวัดลำพูนพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่มากตั้งแต่เดือน กันยายน-ตุลาคม แล้วจะเริ่มลดลงในเดือนมีนาคม-เมษายน และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยมากขึ้น โดยในปี 2560-2562 พบอัตราป่วย 444.45, 343.91 และ 765.11 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งในเดือน มกราคม 2563 พบจำนวนผู้ป่วยที่สูงขึ้นเป็น 2 เท่า ของค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 งานป้องกันควบคุม โรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาลลำพูน ได้รับแจ้ง ทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ที่มีการ จัดค่าย ว่าพบผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่จำนวน หลายราย ณ ค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จังหวัดลำพูน รุ่นที่ 1 โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการประมาณ 100 คน และพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์บี (Rapid test for Influenza B : Positive) จำนวน 1 ราย งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา ร่วมกับทีม เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) อำเภอเมือง จึงได้ ดำเนินการสอบสวนโรค ระหว่างวันที่ 8-16 กุมภาพันธ์ 2563 ดังนั้นการศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยัน การวินิจฉัย ยืนยันการระบาด ศึกษาปัจจัยของการ ระบาด และหาแนวทางการควบคุมและป้องกันการ ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

1.1 ศึกษาบริบทของค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบโครงการ ค่ายปรับพฤติกรรม และวิทยากรค่าย

1.2 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active case finding) ในค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย สัมภาษณ์ผู้เข้าค่าย ครูฝึกและวิทยากรทุกคนด้วย แบบสอบถามที่สร้างขึ้นใหม่ โดยปรับปรุงมาจาก

แบบสอบถามของสำนักกระบาดวิทยา (สำนักกระบาด วิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยกำหนดนิยามผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

ผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (Influenza-like illness case) หมายถึง ผู้ที่เข้าร่วมค่าย ครูฝึกและ วิทยากร ที่มีไข้มากกว่า 37.5 °C หรือให้ประวัติว่า มีไข้ และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร่วมกับอาการอื่น อย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังต่อไปนี้ เช่น ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย คัดจมูก เยื่อบุตาอักเสบ ระหว่าง วันที่ 1-16 กุมภาพันธ์ 2563

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วย ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ที่มีผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อเชื้อไข้หวัดใหญ่ โดยวิธี Rapid test for Influenza

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วย ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ที่มีผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อเชื้อไข้หวัดใหญ่ โดยวิธี Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction (RT-PCR)

2. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study)

ทำการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบ retrospective cohort study โดยศึกษาปัจจัย หรือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ในค่าย โครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จังหวัดลำพูน โดยเก็บข้อมูลผู้ร่วมเข้าค่าย ครูฝึกและวิทยากรทุกคน โดยการสัมภาษณ์รายบุคคลด้วยแบบสอบถามที่ สร้างขึ้น และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อิสระ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ กับ ตัวแปรตาม คือ ผู้ที่มีอาการป่วยและไม่ป่วย ตาม นิยามผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ การวิเคราะห์หา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการป่วยด้วยโรค ไข้หวัดใหญ่ แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้เทคนิค Multiple Logistic Regression เลือก เฉพาะตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.20$

กำหนดนิยามผู้ป่วย (Ill person) หมายถึง ผู้ป่วย ตามนิยามผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่จากการค้นหา เพิ่มเติม ส่วนผู้ไม่ป่วย (Non-ill person) หมายถึง

ผู้ร่วมเข้าค่าย ครูฝึกและวิทยากร ที่ร่วมเข้าค่าย โครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จังหวัดลำพูน รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 1-16 กุมภาพันธ์ 2563 ที่ไม่มีอาการตามนิยามผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Epi Info version 7.2.3.1 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และ Inter Quartile Range (IQR) และวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยหาค่า Relative Risk (RR) และ Multiple Logistic Regression

3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory study) เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab ในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 เพื่อส่ง Rapid Test for Influenza ที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ รพ.ลำพูน และเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 เพื่อตรวจหาเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจ 33 ชนิด (RP 33) ที่สถาบันบำราศนราดูร โดยเป็นกลุ่มใหม่จากวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 เลือกเก็บตัวอย่างในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน เช่น มีไข้สูง ปวดตามร่างกาย ไอ และเจ็บคอ และเริ่มมีอาการภายใน 3 วัน ณ วันที่เก็บตัวอย่าง

4. การศึกษาสภาพแวดล้อม (Environmental study) โดยการสำรวจพื้นที่จัดกิจกรรม ทั้งกิจกรรมในร่มและกลางแจ้ง เรือนนอน ห้องน้ำ และสังเกตการจัดกิจกรรมระหว่างการเข้าค่าย รูปแบบการรับประทานอาหาร เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อไข้หวัดใหญ่

ผลการศึกษา

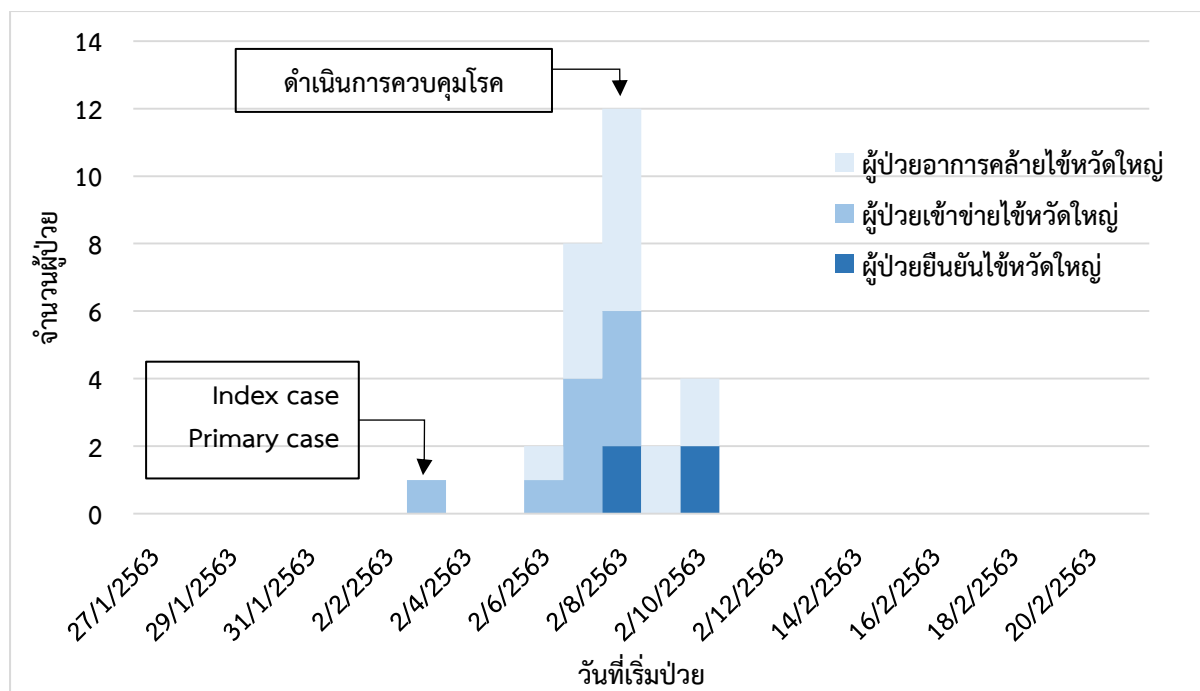
1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

สถานที่เกิดการระบาดเป็นค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ผู้ที่อยู่ในค่ายประกอบไปด้วยผู้ร่วมเข้าค่าย ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดจากทั้ง 8 อำเภอในจังหวัดลำพูน

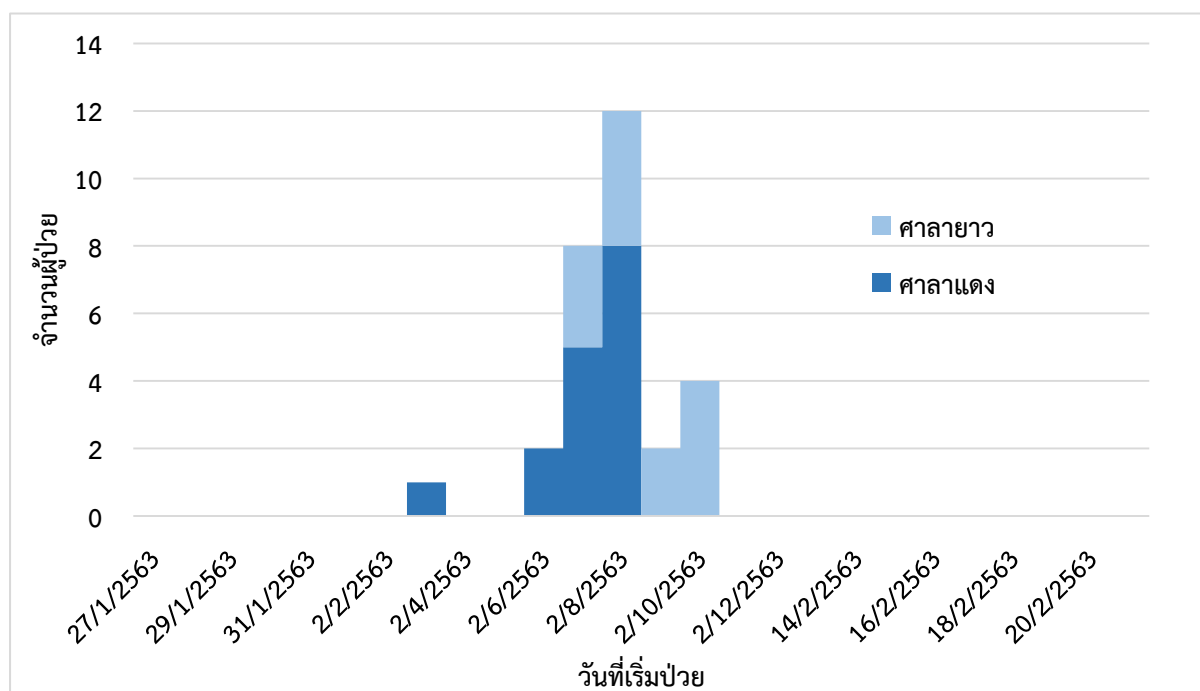
จำนวน 100 คน ครูฝึก 10 คน และวิทยากร 3 คน รวม 113 คน ทั้ง 113 คนเป็นเพศชายทั้งหมด มีค่ามัธยฐานอายุ 31 ปี (IQR 28-40 ปี) มีกำหนดการเข้าค่ายตั้งแต่วันที่ 3-14 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ที่อยู่ในค่ายกลุ่มของผู้ร่วมเข้าค่ายและครูฝึกจะพักอยู่ในวัด ส่วนวิทยากรจะไป-กลับ ไม่ได้พักอยู่ในวัด ในวัดจัดให้มีอาคาร 1 อาคารสำหรับใช้ทำกิจกรรม และ 3 อาคารเป็นเรือนนอน โดยจัดให้ 2 เรือนนอนสำหรับผู้ร่วมเข้าค่าย ประกอบไปด้วยศาลาแดง, ศาลายาว และ 1 เรือนนอนสำหรับครูฝึก ทั้งหมดจะร่วมรับประทานอาหารในอาคารที่ใช้ทำกิจกรรม และใช้ห้องน้ำร่วมกัน

ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 เข้ารับการรักษาที่ รพ.ลำพูน สาขาเวียงยอง เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 และงานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยาโรงพยาบาลลำพูนได้รับแจ้ง เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 จึงได้ดำเนินการค้นหาเพิ่มเติมตามนิยาม (Active case finding) พบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามอีก 28 ราย รวมมีผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยาม 29 ราย ดังภาพที่ 1 คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 25.70 ไม่มีผู้ป่วยเสี่ยงสูง ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต ผู้ป่วยทั้ง 29 ราย มีค่ามัธยฐานอายุ 32 ปี (IQR 30-39 ปี) เป็นผู้ร่วมเข้าค่ายทั้งหมด ไม่มีครูฝึกหรือวิทยากรป่วย ผู้ที่พักที่เรือนนอนศาลาแดงมีอัตราป่วยมากกว่าศาลายาว โดยมีอัตราป่วย ร้อยละ 47.06 และ 19.70 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาวันที่เริ่มมีอาการจำแนกตามเรือนนอน พบว่า จะพบผู้ป่วยที่ศาลาแดงก่อนศาลายาว ดังภาพที่ 2

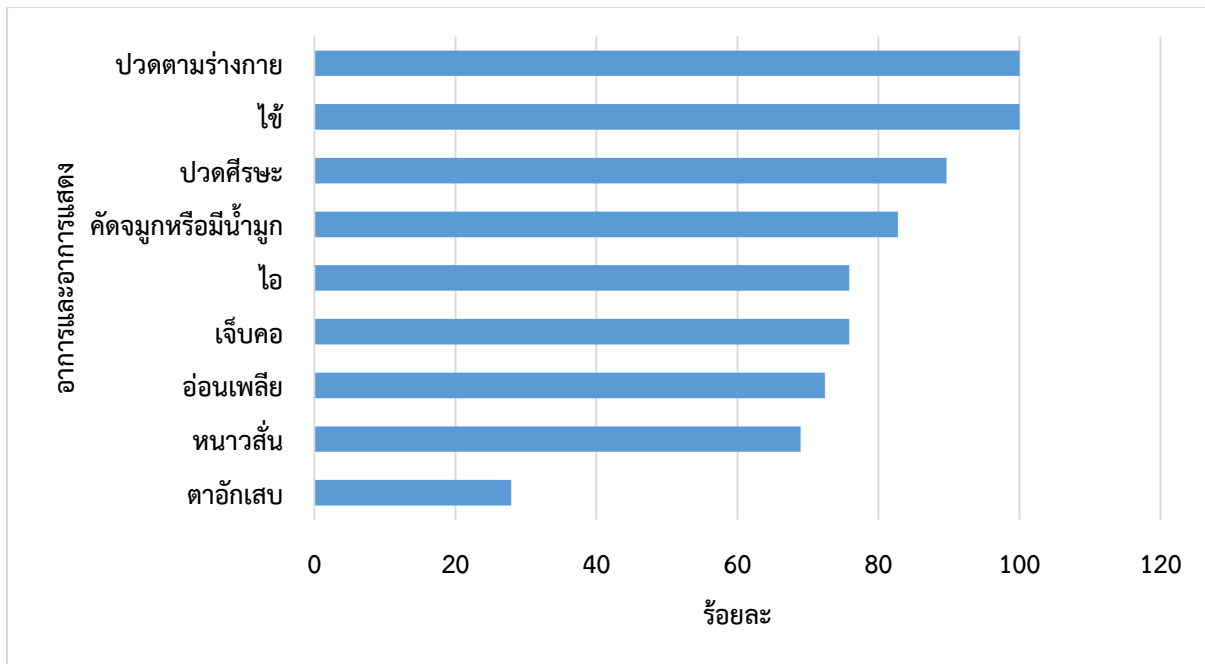
ผู้ป่วยทุกรายมีอาการไข้และปวดตามร่างกาย รองลงมาคือ มีอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 89.66 คัดจมูกหรือมีน้ำมูก ร้อยละ 82.76 ไอ ร้อยละ 75.86 เจ็บคอ ร้อยละ 75.86 อ่อนเพลีย ร้อยละ 72.41 หนาวสั่น ร้อยละ 68.96 และตาอักเสบ ร้อยละ 27.89 ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 1 เส้นโค้งการระบาด (Epidemic curve) ผู้ป่วยยืนยัน ผู้ป่วยเข้าค่ายและผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำแนกตามวันเริ่มป่วย



ภาพที่ 2 เส้นโค้งการระบาด (Epidemic curve) ผู้ป่วยที่พักที่ศาลาแดงและผู้ป่วยที่พักที่ศาลายาว ค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เดือนกุมภาพันธ์ 2563



ภาพที่ 3 อาการและอาการแสดงของผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ในค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จังหวัดลำพูน ณ วัดแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

2. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำการศึกษา ได้แก่ เรือนนอน ร่วมกิจกรรมใกล้ชิดผู้ป่วย (ระยะ 1 เมตร) มีเพื่อนร่วมวงรับประทานอาหารป่วย นอนข้างผู้ป่วย (ระยะ 1 เมตร) และวิธีการล้างมือ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ศึกษา ได้แก่ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ การสูบบุหรี่ต่อจากผู้อื่น และการทานขนม/ของว่างที่ซื้อทานเพิ่มเติมร่วมกับผู้อื่น โดยพบว่า การนอนในศาลาแดงมีความเสี่ยงมากกว่าการนอนในศาลายาว 2.39 เท่า และการมีเพื่อนร่วมวงรับประทานอาหารป่วย มีความเสี่ยงมากกว่าการไม่มีเพื่อนร่วมวงรับประทานอาหารป่วย 3.82 เท่า ซึ่งทั้งสองปัจจัยมีผลต่อการป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ มีผลต่อการป่วยไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้ Multiple Logistic Regression พบปัจจัยเสี่ยงของการระบาดในครั้งนี้

ได้แก่ การมีเพื่อนร่วมวงรับประทานอาหารป่วยเสี่ยงเป็น 6.14 เท่า ของการไม่มีเพื่อนร่วมวงรับประทานอาหารป่วย การล้างมือด้วยน้ำเปล่าเสี่ยงเป็น 5.92 เท่าของการล้างมือด้วยน้ำสบู่ และการนอนในศาลาแดงเสี่ยงเป็น 4.09 เท่าของการนอนในศาลายาว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ร้อยละ 32.9 ดังตารางที่ 2

3. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 20 ตัวอย่าง วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 5 ตัวอย่าง ในการเลือกเก็บตัวอย่างจะทำการเก็บตัวอย่างในผู้ที่มีอาการชัดเจน เช่น มีไข้สูง ปวดตามร่างกาย ไอ และเจ็บคอ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยวิธี RT-PCR เพื่อตรวจหาเชื้อก่อโรค 33 ชนิด จากตัวอย่างทั้งหมด 5 ตัวอย่าง พบสารพันธุกรรมของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์บี 4 ราย และ Rhinovirus/Enterovirus 1 ราย และตรวจแบบ Rapid Test ทั้งหมด 20 ตัวอย่าง พบสารพันธุกรรมของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์บี 10 ราย

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลกับการป่วย ในค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

ปัจจัยเสี่ยง	ป่วย		ไม่ป่วย		RR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เรือนนอน							
ศาลาแดง	16	55.17	18	25.35	2.39	1.31-1.40	<0.01
ศาลายาว	13	44.83	53	74.65	1		
ร่วมกิจกรรมใกล้ชิดผู้ป่วย (ระยะ 1 เมตร)							
ใช่	15	51.72	42	50.00	1.05	0.56-1.97	0.87
ไม่ใช่	14	48.28	42	50.00	1		
มีเพื่อนร่วมวงรับประทานอาหารป่วย							
ใช่	8	34.78	4	5.33	3.82	2.08-7.03	<0.01
ไม่ใช่	15	65.22	71	94.67	1		
นอนข้างผู้ป่วย (ระยะ 1 เมตร)							
ใช่	12	42.86	21	25.00	1.79	0.96-3.37	0.07
ไม่ใช่	16	57.14	63	75.00	1		
วิธีการล้างมือ							
ล้างน้ำเปล่า	14	48.28	27	32.14	1.64	0.88-3.04	0.12
ล้างน้ำสบู่	15	51.72	57	67.86	1		
การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร							
บางครั้ง	10	34.48	35	41.67	0.75	0.37-1.50	0.41
บ่อยครั้ง	5	17.24	16	19.05	0.79	0.33-1.93	0.61
ประจำ	14	48.28	33	39.28	1		
การล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ							
บางครั้ง	3	10.34	5	5.95	1.54	0.58-4.05	0.42
บ่อยครั้ง	5	17.24	14	16.67	1.08	0.46-2.49	0.86
ประจำ	21	72.42	65	77.38	1		
การสับบุหรี่ต่อจากผู้อื่น							
เคย	14	48.28	27	32.14	1.64	0.88-3.04	0.12
ไม่เคย	15	51.72	57	67.86	1		
การทานขนม/ของว่างร่วมกับผู้อื่น							
เคย	15	51.72	34	40.48	1.39	0.75-2.62	0.29
ไม่เคย	14	48.28	50	59.52	1		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงกับการป่วย ในค่ายโครงการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

ปัจจัยเสี่ยง/ พฤติกรรมด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล	β	AOR	95% CI
มีเพื่อนร่วมวงรับประทานอาหารป่วย	1.84	6.14	1.49-25.30
การล้างมือด้วยน้ำเปล่า	1.31	5.92	1.67-21.16
การนอนที่ศาลาแดง	1.18	4.09	1.11-15.04

4. การศึกษาสภาพแวดล้อม

อาคารทำกิจกรรม เป็นศาลาขนาดใหญ่ ขนาดกว้าง 12 เมตร ยาว 20 เมตร ด้านข้างเปิดโล่ง มีผนังเพียง 1 ด้าน หลังคาสูงประมาณ 6 เมตร มีการแบ่งเป็นกลุ่ม 5 กลุ่ม เวลาทำกิจกรรมจะมีการนั่งรวมกันหลายๆ กิจกรรมมีการสัมผัสกันอย่างใกล้ชิด และใช้เป็นอาคารรับประทานอาหารด้วย โดยการรับประทานอาหารจะรับประทานร่วมกันเป็นสำหรับ สำหรับละ 5-6 คน มีช้อนกลางให้ในแต่ละสำหรับ ไม่ได้มีการกำหนดกลุ่มในการรับประทานอาหาร โดยผู้เข้าค่ายสามารถเลือกกลุ่มได้เอง

เรือนนอน มี 2 อาคาร ได้แก่ เรือนนอนศาลาแดง ขนาดกว้าง 10 เมตร ยาว 16 เมตร มีหน้าต่างโดยรอบ ลักษณะเป็นบานเลื่อน เปิดให้อากาศผ่านได้ประมาณร้อยละ 50 ของผนัง มีประตูเข้า-ออกประตูเดียว ผู้เข้าค่ายนอนกับพื้น โดยหันศีรษะเข้าผนังหันเท้าเข้าหากัน ระยะห่างในการนอนของแต่ละคน น้อยกว่า 1 เมตร โดยมีพื้นที่เฉลี่ย 4.70 ตารางเมตรต่อคน และเรือนนอนศาลายาว ขนาดกว้าง 12 เมตร ยาว 25 เมตร มีหน้าต่างโดยรอบ ลักษณะเป็นบานพับ เปิดให้อากาศผ่านได้ร้อยละ 100 ของผนัง มีประตูเข้า-ออกประตูเดียว ผู้เข้าค่ายนอนกับพื้น นอนเรียงกันเป็น 3 แถว ผู้เข้าค่ายแถวที่ 1 กับแถวที่ 2 หันศีรษะเข้าหากัน และแถวที่ 2 กับแถวที่ 3 หันเท้าเข้าหากัน ระยะห่างในการนอนของแต่ละคน น้อยกว่า 1 เมตร โดยมีพื้นที่เฉลี่ย 4.55 ตารางเมตรต่อคน

ห้องอาบน้ำ ห้องสุขา มีห้องอาบน้ำและห้องสุขา 2 แห่ง มีส้วมสำหรับล้างมือแต่ละ 2 จุด มีห้องสุขาและห้องอาบน้ำรวม 20 ห้อง

อภิปรายผล

การระบาดในครั้งนี้ งานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยาโรงพยาบาลลำพูนได้รับแจ้งเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 ภายหลังจากที่ผู้ป่วยมาได้รับการรักษา 3 วัน ทำให้การควบคุมโรคไม่ทันเวลา จึงพบผู้ป่วยระลอกที่ 2 เนื่องจากยังไม่เคยมีการกำหนดระยะเวลาในรายงานในระบบเฝ้าระวัง Indicator based surveillance รวมถึงกำหนดเกณฑ์ในการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติ (Event based surveillance) ผู้ป่วยรายแรกมีอาการตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งเป็นวันแรกของการเข้าค่าย จากนั้นจึงพบผู้ป่วยรายอื่นๆ ตามมา ทำให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยรายแรกมีการรับเชื้อมาก่อนที่จะร่วมเข้าค่าย โดยในวันที่เริ่มมีอาการยังมีอาการไม่รุนแรง จึงไม่ได้รับการตรวจรักษา อีกทั้งยังทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าค่ายรายอื่นๆ ไม่ได้แยกออกจากผู้ที่ไม่มีอาการ ทำให้เกิดการระบาดในค่าย

จาก Epidemic curve การระบาดในครั้งนี้เป็นลักษณะ Propagated source โดยเริ่มจากผู้เข้าค่ายที่พักในเรือนนอนศาลาแดง และมีการระบาดไปยังผู้เข้าค่ายที่พักในศาลายาว ก่อนที่จะมีการดำเนินการควบคุมโรค (วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563) พบว่า มีผู้ป่วย 23 ราย แต่หลังจากดำเนินการควบคุมโรคแล้ว ยังพบผู้ป่วยเพิ่มอีก 6 ราย โดยทั้ง 6 รายมีอาการ 1-2 วัน หลังจากดำเนินการควบคุมโรค เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการหลังวันที่ 8 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับเชือก่อนที่จะมีการดำเนินการควบคุมโรค

จากผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์พบว่า การมีเพื่อนที่ร่วมรับประทานอาหารมีอาการป่วย

(AOR=6.14, 95%CI=1.49-25.30) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของถนอม นามวงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่าการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่อ่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการรับประทานอาหารในค่ายเป็นการรับประทานอาหารแบบเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน อาจมีการพูดคุยหรือโอ้จาม ในระยะใกล้ชิดกันในขณะที่รับประทานอาหาร ทำให้มีโอกาสติดเชื้อในระหว่างการรับประทานอาหาร แตกต่างจากการศึกษาของเอกชัย ยอดขาว และคณะ (2555) ที่การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยไม่เป็นปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากการศึกษาการระบาดของบุคลากรในโรงพยาบาลที่อาจมีการรับประทานอาหารร่วมกันเพียงแค่ 1 ครั้งต่อวัน แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่มีการรับประทานอาหารร่วมกัน 3 ครั้งต่อวัน ทำให้การศึกษานี้มีโอกาสในการรับเชื้อไข้หวัดใหญ่มากกว่า

การนอนข้างผู้ป่วย ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ดวงสิน และคณะ (2558) แต่พบอัตราป่วยสูงอย่างมีนัยสำคัญของการนอนที่ศาลาแดง (AOR=4.09, 95%CI=1.11-15.04) จากข้อมูลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ศาลาแดงมีลักษณะหน้าต่างเป็นบานเลื่อน ในขณะที่ศาลายาวมีลักษณะเป็นบานกระทุ้ง เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว หน้าต่างแบบบานกระทุ้ง จะมีพื้นที่ให้อากาศผ่านมากกว่าหน้าต่างบานเลื่อนส่งผลให้การไหลเวียนอากาศในศาลายาวดีกว่าศาลาแดง ทำให้ศาลาแดงมีอัตราป่วยมากกว่าศาลายาว สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา ดวงสิน และคณะ (2558) ที่ห้องนอนของพลทหารใหม่เป็นอาคารเรือนนอนโดยเฉพาะการระบายอากาศจึงน่าจะดีกว่าการดัดแปลงศาลาวัดเป็นเรือนนอน

การร่วมกิจกรรมใกล้ชิดกับผู้ป่วยไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของอำนาจไชยเทศ (2558) เนื่องจากกิจกรรมที่ทำร่วมกันอาจไม่ใกล้ชิดกันมาก แตกต่างจากการศึกษาของกัญญาภักดีสิลาภักษ์ และคณะ (2561) ที่เป็นการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในค่ายทหารซึ่งการร่วมกิจกรรมมีความ

ใกล้ชิดกันมากกว่า และสถานที่ในการทำกิจกรรมในการระบาดครั้งนี้เป็นอาคารที่มีการระบายอากาศที่ดี แตกต่างจากการศึกษาของธัญญา สุทธรังค์ และคณะ (2562) ที่เป็นการระบาดในเรือนจำซึ่งการร่วมกิจกรรมอยู่ในพื้นที่ที่จำกัด

การล้างมือด้วยน้ำเปล่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเมื่อเทียบกับการล้างมือด้วยน้ำสบู่ (AOR=5.92, 95%CI=1.67-21.16) อาจเนื่องมาจาก Influenza virus มีเปลือกหุ้มที่เป็นไขมัน (WHO, 2561) ทำให้การล้างมือด้วยน้ำสบู่กำจัดเชื้อได้ดีกว่า

โดยภายหลังจากการดำเนินการควบคุมโรคในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 โดยเฉพาะการแยกผู้ที่มีอาการป่วยออกจากผู้ที่ไม่มีอาการป่วยจนกระทั่งสิ้นสุดการจัดกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารเป็นแบบอาหารจานเดียว เน้นการล้างมือใส่หน้ากากอนามัยทุกคน ทำให้การแพร่ระบาดในครั้งนี้อยู่ติด โดยไม่พบผู้ป่วยเพิ่มหลังจากวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2563

โดยสรุปการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคกำหนดให้ดำเนินการดังนี้

1. แยกผู้ป่วยออกจากผู้เข้าค่ายที่ไม่ป่วย โดยไม่เข้าร่วมกิจกรรม แยกเรือนนอน และแยกรับประทานอาหาร
2. ทำความสะอาดเรือนนอน สถานที่ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ
3. เปลี่ยนการรับประทานอาหารร่วมกันเป็นการรับประทานอาหารจานเดียว
4. แจกหน้ากากอนามัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกราย
5. ให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ และวิธีการดูแลตนเอง เน้นล้างมือด้วยน้ำสบู่
6. ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในค่าย ที่มีอาการทุก 6 ชั่วโมง
7. กรณียาติผู้ป่วยมาเยี่ยมในขณะที่อยู่ในค่าย (มีกำหนดวันเยี่ยม) ให้ญาติใส่หน้ากากอนามัยทุกรายงดการรับประทานอาหารร่วมกันแบบกลุ่มเครือญาติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค

8. คัดกรองอาการทุกคนก่อนปิดค่ายอีกครั้ง รวมถึงให้ความรู้และแนะนำวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้เชื้อแพร่กระจายสู่คนในครอบครัวและชุมชน สรรวจผู้เข้าร่วมโครงการที่ทำงานในสถานประกอบการ เพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดค่ายในลักษณะนี้ควรมีการคัดแยกผู้ป่วย ไม่ให้รวมกิจกรรมหรือพักร่วมกับผู้อื่น ถ้าเป็นไปได้ การให้ออกจากค่ายเพื่อกลับไปรักษาตัว น่าจะเป็น การป้องกันการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การมีระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ดี ที่สามารถ ระบุผู้ป่วยและแยกออกจากการทำกิจกรรมร่วมกับ ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว การสอบสวนและควบคุมโรคที่ ทันเวลา จะช่วยป้องกันการแพร่ระบาดที่จะเกิดขึ้นได้
3. การรับประทานอาหารควรจัดให้มีการรับประทานอาหาร เป็นแบบอาหารจานเดียว
4. จัดให้มีสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ไว้สำหรับล้างมือ อย่างพอเพียง
5. การเลือกสถานที่ในการจัดค่าย ควรเลือก สถานที่ที่มีการไหลเวียนอากาศที่ดี
6. กำหนดระยะเวลาในรายงานในระบบเฝ้าระวัง Indicator based surveillance และการรายงาน เหตุการณ์ผิดปกติ

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ในส่วนของการควบคุมโรค หลังจากที่พักผู้ป่วย หลายราย ได้มีการเสนอให้ยกเลิกค่าย แต่เนื่องจาก เป็นค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นกระบวนการ

ทางกฎหมาย ทำให้ไม่สามารถยกเลิกได้ ทางทีม ควบคุมโรคจึงเสนอให้ทางค่ายแยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่ ไม่ป่วย เพื่อลดการสัมผัสกัน

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบ retrospective study ผู้ถูกสัมภาษณ์มีโอกาสจำ สถานการณ์ย้อนหลังคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้

3. การสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านสุขอนามัย ส่วนบุคคล ผู้ถูกสัมภาษณ์อาจรับรู้ถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และให้ข้อมูลตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แต่อาจไม่ใช้การปฏิบัติจริง เช่น การล้างมือก่อน รับประทานอาหาร ผู้ถูกสัมภาษณ์มีแนวโน้มที่จะตอบ ว่าล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ซึ่งอาจมีผลต่อผล การศึกษา

4. เนื่องจากไข้หวัดใหญ่อาจมีผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดง อาการ ทำให้การค้นหาผู้ติดเชื้ออาจจะไม่ครอบคลุม ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมโรค

กิตติกรรมประกาศ

การสอบสวนโรคในครั้งนี้ลุล่วงไปได้ด้วยความ กรณาจากนายแพทย์โกศล ศักรินทร์กุล หัวหน้ากลุ่ม การกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำพูน ที่ ปรึกษาทีมในการลงสอบสวนโรค ทีมสอบสวนโรค เคลื่อนที่เร็วอำเภอเมืองลำพูน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และวิทยากรค่ายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการ สอบสวนโรค รวมทั้งกองระบาดวิทยา สถาบันบำราศ นราดูร กรมควบคุมโรค และกลุ่มงานเทคนิค การแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน ที่อนุเคราะห์การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการในการระบาดครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กัญญาภัก ศิลารักษ์, ธนอม นามวงศ์, สุภาวรรณ เลิศทรัพย์พลทวี และคณะ. (2561). การสอบสวนการระบาด โรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 2009 ในทหารใหม่กองร้อยอาวุธเบา ค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดยโสธร เดือนพฤษภาคม 2560. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 48(52), 817-824.
- ธนอม นามวงศ์, เพ็ญศิริ วิศิษฐ์ผจญชัย, สุกัญญา คำพัฒน์ และคณะ (2559). การสอบสวนการระบาดโรค ไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาของโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดยโสธร วันที่ 19-22 กุมภาพันธ์ 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 47(50), 785-791.

- ธัญญา สุทรวงศ์, วัลภา ศรีสุภาพ, รุ่งกานต์ แสงศิริ และคณะ. (2562). การสอบสวนการระบาดของโรค
ไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1) ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2561.
รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 50(23), 341-349.
- พรทิพา เล็กเจริญสุข. (2557). ไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ และไข้หวัดใหญ่สุกร. กรุงเทพมหานคร: คณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ภาวพันธ์ ภัทรโกศล. (2551). ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก. กรุงเทพมหานคร: สมาคมไวรัสวิทยา ประเทศไทย.
- ศูนย์ไข้หวัดใหญ่แห่งชาติ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562). รายงาน
การเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ไข้หวัดใหญ่ระหว่าง ม.ค. – พ.ย. 2562 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 8
กุมภาพันธ์ 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: [http://www.thainihnic.org/influenza/files/รายงานการ
เปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ระหว่างม.ค.-พ.ย.2562.pdf](http://www.thainihnic.org/influenza/files/รายงานการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ระหว่างม.ค.-พ.ย.2562.pdf)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). แนวทางการดำเนินงานให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปี
2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL:
https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/dvdpd/1_Influenza%20Manual%20%20yr%2063_V_9P.pdf
- สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย
และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 8
กุมภาพันธ์ 2563] ; แหล่งข้อมูล: URL:
http://odpc8.ddc.moph.go.th/upload_epi_article/dWoOeKhEGHvLqR1IfCYF.pdf
- สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 โรค
influenza [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2563]; แหล่งข้อมูล: URL:
http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y62/d15_5362.pdf
- สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 โรค
influenza [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2563]; แหล่งข้อมูล: URL:
<http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=15>
- อภิญา ดวงสิน, อนุพงศ์ สิริรุ่งเรือง และสุภาภรณ์ มิตรภานนท์. (2558). การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด
A/H1N1 (2009) ในกองพันฝึกทหารใหม่ ค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดร้อยเอ็ด เดือนเมษายน -
พฤษภาคม 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 46(32), 497-503.
- อำนาจ ไชยเทศ. (2558). การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัด
ลำพูน วันที่ 4-26 กุมภาพันธ์ 2556. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 11(1), 21-29.
- เอกชัย ยอดขาว, วาธี สิทธิ, อัครเดช อวัสดารักษ์ และคณะ. (2555). การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัด
ใหญ่ในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดบุรีรัมย์ เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2553.
รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 43(พิเศษ), S23-S28.
- World Health Organization. (2018). Influenza (Seasonal) [online]. [cited 11 July 2020].
Available from: URL: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-
\(seasonal\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

The Effectiveness of Smoking Cessation Programs among Chronic Non Communicable Diseases Patients in Health Service Network, Ban Hong District, Lamphun Province

ศิริพร นวกะวงษ์การ พ.บ., วว. เวชศาสตร์ครอบครัว

Siriphon Nawakawongkan M.D., Dip. Thai Board
of Family Medicine

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน Ban Hong Hospital, Lamphun Province

Received: Dec 8, 2020

Revised: Mar 16, 2021

Accepted: May 13, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยในอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน จำนวน 65 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2561 จำแนกกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม โดยทุกคนจะได้รับความรู้เรื่อง พิษภัย บุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ นำไปใช้กับตนเองที่บ้านหลังจากติดตาม 1 สัปดาห์ หากไม่สามารถลดการสูบบุหรี่ได้จะถูกแนะนำให้ใช้การฝังเข็ม หรือยาเม็ดเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยในการบำบัดเพิ่มเติม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับ คาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า กลุ่มที่ให้ความรู้เรื่อง พิษภัย บุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ และการฝังเข็มเลิกบุหรี่หรือการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่มี จำนวนมวนการสูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) โดยไม่มีความแตกต่างระหว่าง กลุ่มทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ เมื่อเปรียบเทียบโปรแกรมการบำบัดรักษาทั้ง 4 โปรแกรมพบว่า กลุ่มที่ให้ความรู้เรื่อง พิษภัย บุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ และการฝังเข็มเลิกบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 86.67, 86.67 และ 80.00 ที่ระยะเวลา 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ โดยที่กลุ่มนี้ใช้เวลาการรักษาบำบัดเพียง 1 เดือน ซึ่งอาจนำผลวิจัยไปเป็นข้อมูลทางเลือกให้กับผู้เข้ารับ การบำบัดรักษาเลิกบุหรี่ต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, โปรแกรมการเลิกบุหรี่, การฝังเข็ม, การกดจุดสะท้อนเท้า, สมุนไพร

ABSTRACT

The quasi-experimental study designed to compare effectiveness from different smoking cessation programs given to the smokers during October 2017 and September 2018 in a smoking cessation clinic at Ban Hong Hospital, Lamphun Province. The sample group consisted of 65 patients with non-communicable diseases who volunteered to participate in the project in Ban Hong District. The study was conducted from October 2017 to September 2018, by dividing the patients into 4 programs. All patients were educated to realize about adverse effects of smoking, foot reflexology, and uses of herbal medicine. However, if some patients were still unable to quit smoking and wanted to continue the treatment, acupuncture or the use of additional smoking cessation pills were recommended. The results from this study showed that after participation, all patients were determined to have a statistical significant decrease in carbon monoxide level in the lungs and in number of cigarettes (p -value <0.05). When comparing within the same group before and after participating in the project, it was found that Group that educates the danger of smoking Foot reflexology Using herbs to quit smoking And acupuncture to quit smoking or the use of smoking cessation pills There was a statistically significant decrease in the number of smoking. (p -value <0.05), but no differences between the pre and post program groups. When comparing all four treatment programs, data showed that the most effective group was the group that received knowledge about the adverse effects of smoking, foot reflexology, uses of herbs for quitting smoking, and acupuncture where 15 patients, with only 1 month-treatment, were able to quit smoking for approximately 86.67, 86.67, and 80.00 % in 3, 6, and 12 months, respectively. The research results may be further used as alternative information for those intended to receive treatments for stopping smoking.

Key words: Effectiveness, Quitting smoking program, Acupuncture, Foot reflexology, Herbs

บทนำ

ปัญหาการบริโภคยาสูบถือเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่องจากทุกภาคส่วน การบริโภคยาสูบไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลแวดล้อมด้วย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2561 ระบุว่าบุหรี่ปริมาณที่ประชากรทั่วโลกมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular Diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

ลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก และ 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตเป็นเพียงผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสองเท่านั้น (World Health Organization [WHO], 2018) สำหรับประเทศไทยจากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาพบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 21.4 หรือประมาณ 11.5 ล้านคน ในปี 2554 เป็นร้อยละ 19.1 หรือประมาณ 10.7 ล้านคน ในปี 2560 ถึงแม้ว่าสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยในภาพรวมจะลดลง

แต่เมื่อพิจารณาจำนวนและอัตราการบริโภคยาสูบแบบเป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) จำนวนประชากรในอำเภอบ้านโฮ่ง ในปีงบประมาณ 2559 ที่ผ่านมารวมทั้งเพศหญิง และเพศชาย จำนวน 42,189 คน มีผู้ที่สูบบุหรี่ 5,927 คน คิดเป็นร้อยละ 14.05 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่สูงใกล้เคียงกับค่าของประเทศ (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน, 2560)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ป่วยด้วย NCDs นอกจากจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาแล้วควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ร่วมด้วย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 จัดเก็บโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในกลุ่มประชากรไทยที่มีอายุ 15-65 ปี โดยทำการศึกษาข้อมูลผู้ที่รายงานว่าป่วยด้วย NCDs 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคกระดูกและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย NCDs ใน 4 กลุ่ม โรคหลักนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ร้อยละ 10.7 (อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ, 2560)

บริการช่วยเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพถือเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยให้ผู้เสพยาสูบสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร แต่เดิมการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ของคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลบ้านโฮ่งได้นำวิธีการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ คือ Nortriptyline ซึ่งพบว่าเกิดผลข้างเคียงกับผู้เข้ารับการรักษา ได้แก่ ทำให้ปากแห้ง ง่วงนอน ใจสั่น หัวใจเต้นเสียจังหวะ และยังมีข้อควรระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) จึงได้หาวิธีการอื่นเพื่อนำมาช่วยบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ให้ได้ผลดีและมีผลข้างเคียงน้อยจากการหาข้อมูลเพิ่มเติมพบว่านอกจากยาแล้วยังมีการบำบัดด้วยแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม ธรรมชาติบำบัด

การสะกดจิตบำบัด การนวดกดจุดบริเวณเท้า การใช้สมุนไพร เช่น รังจืดในการช่วยขับสารนิโคตินออกจากร่างกาย และการใช้มะนาว ชาชงหญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea) มาช่วยในการเลิกบุหรี่ สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการลดการสูบบุหรี่ได้ (ปรีดา เบญจนากาศกุล, 2549)

การศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ก่อนหน้านี้ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของวิธีการใดวิธีการหนึ่งในการช่วยเลิกบุหรี่ แต่ปัจจุบันนี้มีหลายวิธีการที่เข้ามาช่วยในการเลิกบุหรี่ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะใช้วิธีการแบบผสมผสานในการช่วยเลิกบุหรี่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง และนำผลที่ได้จากการศึกษานี้มาปรับปรุงเป็นแนวทางการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงเป็นข้อมูลทางเลือกให้กับผู้ที่เข้ามาบำบัดรักษาต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ ดำเนินการในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2561

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาการศึกษารวมทั้งสิ้น 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านโฮ่งอย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ รวมทั้งไม่มีภาวะกำเริบของโรครุนแรง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 65 คน จึงไม่มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการศึกษา

1. ระบบสุขภาพอำเภอดำเนินการวางแผนร่วมกันในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การประชุมหัวหน้าส่วนราชการ การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน และการประชุมของทีมผู้วิจัย เพื่อหาแนวทางวางแผนการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมให้มีการเลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน โดยมีนายอำเภอบ้านโฮ้งเป็นประธาน ในประเด็นการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ การบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ การคงสภาพการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องโดยมีการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่อย่างยั่งยืน โดยการวางแผนจะดำเนินการ

2. ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านโฮ้ง โดยการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้ง และสื่อออนไลน์ต่างๆ (Facebook, Line)

3. หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ทุกคนจะได้รับการอบรมชี้แจงโครงการและขอคำยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างก่อนให้โปรแกรมการบำบัดรักษา โดยสามารถจัดกลุ่มหลังจากทำกิจกรรมจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสูบบุหรี่และการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ จำนวน 38 คน

กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสูบบุหรี่ การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ และการฝังเข็มเลิกบุหรี่ จำนวน 15 คน

กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสูบบุหรี่ การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ จำนวน 8 คน

กลุ่มที่ 4 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสูบบุหรี่ การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ การฝังเข็มเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ จำนวน 4 คน

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามีดังนี้

1) ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่โดยการรวบรวมข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก สำนักงานสถิติแห่งชาติ รวมถึงเครือข่ายคลินิกฟ้าใส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ถ่ายทอดความรู้โดยผู้วิจัยและพยาบาลผู้รับผิดชอบในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง

2) การกดยุติสูบบุหรี่ทันที ใช้วิธีการของ ธนัท ดลอมพรพิศุทธิ์ (2560) ซึ่งการกดยุติสูบบุหรี่ทันทีเป็นการเชื่อมโยงไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่กระทบต่อเนื้อเยื่อ และการปรับสมดุลส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูและผลักดันให้มีสุขภาพแข็งแรงสมดุลขึ้น จากการศึกษาการกดยุติสูบบุหรี่ทันทีรักษาผู้ป่วยติดยาในคลินิกฟ้าใส ในผู้สูบบุหรี่ 74 คน พบว่า สามารถทำให้ผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 47.60 (อัมพร กรอบทอง และคณะ, 2558)

3) การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ ชาชงหญ้าดอกขาว เป็นสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ หญ้าดอกขาวมีสารต้านอนุมูลอิสระค่อนข้างสูง อีกทั้งมีสารกลุ่มฟลาโวนอยด์ เทอร์พีน สเตอรอล และสารกลุ่มไกลโคไซด์ ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ลื่นฝาดหรือซา ช่วยลดความอยากสูบบุหรี่ นอกจากชาชงหญ้าดอกขาวแล้ว ยังมีสมุนไพรไล่ตัวในครัวเรือนที่ทุกคนรู้จักกันดี ช่วยลดความอยากสูบบุหรี่ได้คือ มะนาว โดยการหั่นมะนาวทั้งเปลือกเป็นชิ้นๆ พอดีคำ แล้วนำมารับประทานเมื่อมีความรู้สึกลอยๆ สูบบุหรี่ สำคัญในเปลือกมะนาวมีผลต่อการทำงานของต่อมรับรสสัมผัส ทำให้รสชาติของบุหรี่เปลี่ยนไป ซึ่งจะช่วยลดความอยากสูบบุหรี่ได้เช่นเดียวกัน (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2563)

ทั้ง 3 ขั้นตอนนี้กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้กับตนเองทุกวัน โดยจะมีการติดตามอีก 1 สัปดาห์ทางโทรศัพท์หรือผ่านผู้ประสานงานโครงการ หากสามารถลดหรือเลิกการสูบบุหรี่ได้ ให้ปฏิบัติเช่นนี้ต่อไป และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จนครบ 1 ปี เกณฑ์ที่เลิกบุหรี่ได้คือ กลุ่มตัวอย่างตอบว่าเลิกได้และวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดได้น้อยกว่า 6 ppm.

กรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามทั้ง 3 วิธีแล้วไม่ได้ผล เมื่อได้รับการติดตามทางทีมวิจัยจะให้ทางเลือกแก่กลุ่มเป้าหมายว่าจะใช้การฝังเข็มเลิบบุหรี่ (กลุ่มที่ 2) หรือใช้ยาเม็ดเลิบบุหรี่มาช่วยในการเลิบบุหรี่ (กลุ่มที่ 3) และหากใช้การฝังเข็มเลิบบุหรี่จะมีการนัดมารับบริการที่คลินิกเลิบบุหรี่โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ทุกวัน อังคารภาคบ่าย จำนวน 3 ครั้ง หากใช้ยาเม็ดเลิบบุหรี่จะมีการนัดมารับบริการที่คลินิกเลิบบุหรี่โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ในวันอังคารภาคบ่าย จำนวน 3 เดือน (นัดทุกสัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง และต่อไปนัดทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง)

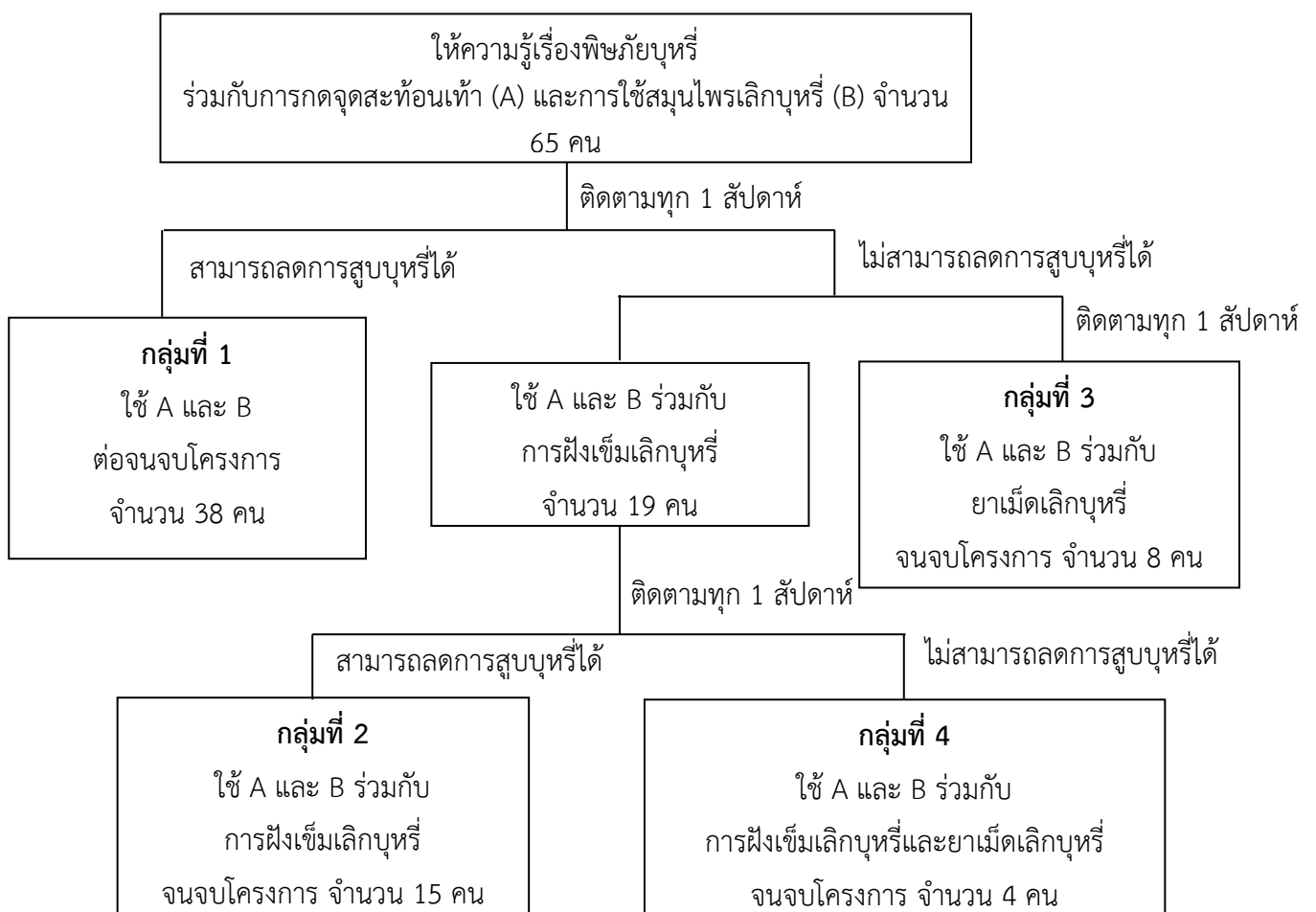
การฝังเข็มช่วยเลิบบุหรี่ ฝังเข็มที่จุดพิเศษ TianWeiXue อยู่บริเวณข้อมือ กระตุ้นจุดฝังเข็มให้เกิดความรู้สึกชาและตึงแน่นบริเวณข้อมือ หรืออาจรู้สึกขี้ไปถึงแขน หรือรู้สึกง่วงซึม หรือเกิดความสุข หรือรู้สึกถึงรสของโลหะหรือรสชาติอื่นๆ ในปาก ร่วมกับการแปะเม็ดผักกาดบริเวณจุดเส้นหมื่นที่หู

ใช้มือกดกระตุ้น เวลาที่มีความอยากสูบบุหรี่ที่บ้าน กด 3-4 ครั้ง ครั้งละ 30 วินาที (กนิษฐา ใจเย็น, 2560) การรักษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

การใช้ยาเม็ดเลิบบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านโฮ่งเข้าร่วมเป็นเครือข่ายของคลินิกฟ้าใสเพื่อการเลิบบุหรี่ แนะนำการใช้ยา Nortriptyline โดยขนาดยาที่แนะนำคือ เริ่มด้วยขนาดวันละ 25 มิลลิกรัม และค่อยๆ เพิ่มขนาดขึ้นจนถึงวันละ 75-100 มิลลิกรัม ใช้ระยะเวลาการบำบัดรักษา 3 เดือน

กรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการการฝังเข็มเลิบบุหรี่มารับบริการฝังเข็มครั้งที่ 2 แล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านของความอยากบุหรี่ยังไม่มีการลดจำนวนมวน บุหรี่ลง ระดับนิโคตินไม่ลดลง ทางทีมวิจัยจะแนะนำให้กลุ่มเป้าหมายรับยาเม็ดเลิบบุหรี่ร่วมไปด้วย (กลุ่มที่ 4) และนัดการมารับบริการจนครบระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนปีที่สูบ ชนิดของยาสูบ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบหลังตื่นนอนตอนเช้า

2. แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เป็นลักษณะของสมุดบันทึกประจำตัวของแต่ละคน ซึ่งจะประกอบด้วยข้อมูลยืนยันตัวตน วันที่ติดตามตั้งแต่แรกเริ่ม ทุกสัปดาห์จนครบ 1 ปี มีรายละเอียดของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบทุกสัปดาห์ และระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดที่ แรกเริ่ม, 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี การแปลผลเลิกบุหรี่ได้คือ กลุ่มตัวอย่างตอบว่าเลิกได้และวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดได้น้อยกว่า 6 ppm

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลตรวจสอบความตรง (Validity) ประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เป็นการตรวจสอบเครื่องมือว่ามีความเป็นตัวแทน หรือครอบคลุมเนื้อหาหรือไม่ โดยพิจารณาจากตารางวิเคราะห์เนื้อหา หรือตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา กับจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ ผ่านการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน

2. เครื่องวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด (Pico smokerlyzer) ผ่านการสอบเทียบโดยเครือข่ายคลินิกฟ้าใสที่ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ค่า Pico < 6 ppm คือ ปกติ และค่า Pico ตั้งแต่ 6 ppm ขึ้นไปคือ ผิดปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ Nonparametric Test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อเปรียบเทียบระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและจำนวนมวน

บุหรี่ก่อนและหลังเข้าโครงการ เนื่องจากข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบไม่ปกติและวิเคราะห์เปรียบเทียบประชากรกลุ่มเดียวกันก่อนหลัง

3. สถิติเชิงวิเคราะห์ Nonparametric test ชนิด Kruskal-Wallis Test ในการเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังเข้าโครงการของทั้ง 4 กลุ่ม

4. สถิติเชิงวิเคราะห์ Nonparametric test ชนิด Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test ในการเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในกลุ่มเดียวกัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำพูน เลขที่ Ethic LPN 007/2561 อนุมัติวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2560

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 87.69 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 12.31 อายุเฉลี่ย 60.26 ปี (S.D.=10.00) สถานภาพมีคู่ ร้อยละ 76.92 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 18.46 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.31 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา หรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 23.07 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.46 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 20.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 92.30 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 3.08 ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ที่ได้รับไม่พอใช้จ่าย ร้อยละ 90.77 บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตร หลาน ร้อยละ 61.54 และต้องดูแลตนเอง ร้อยละ 38.46 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยลองเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.08 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 12.06 ปี (S.D.=4.35) โดยเฉลี่ยแล้วจะสูบบุหรี่ 5.29 มวนต่อวัน (S.D.=3.67) ชนิดของบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ขี้เถ้า ร้อยละ 78.46 โดยเฉลี่ยแล้วจะสูบบุหรี่หลังจากตื่นนอน 60.00 นาที (S.D.=43.95) ทุกคนสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 10 ปี

มีเหตุผลที่อยากเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่คือ สุขภาพ
ตนเองเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 41.54 รองลงมาคือ
ครอบครัวขอร้อง ร้อยละ 20.00 ดังตารางที่ 2
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ย 3.00 ปี (S.D.=2.86) ส่วนใหญ่

ไม่เคยกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา
1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 93.84 ชนิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่
รักษาอยู่ส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ
38.47 รองลงมาคือ โรคถุงลมโป่งพองและโรคหอบหืด
ร้อยละ 35.38 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	87.69
หญิง	8	12.31
อายุ (ปี)		
31-40	3	4.62
41-50	18	27.69
51-60	30	46.15
61-70	13	20.00
71-80	1	1.54
Mean=60.26, S.D.= 10.00, Min=39.00, Max=72.00		
สถานภาพสมรส		
โสด	12	18.46
คู่	50	76.92
หม้าย	3	4.62
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	3.08
ประถมศึกษา	47	72.31
มัธยมศึกษา/ปวช.	15	23.07
อนุปริญญา/ปวส.	1	1.54
อาชีพ		
เกษตรกร	38	58.46
รับจ้าง	13	20.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	3	4.62
ไม่ได้ทำงาน	10	15.38
อื่นๆ	1	1.54

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 1,000	1	1.54
1,000 - 5,000	60	92.30
5,001 - 10,000	2	3.08
10,001 - 15,000	1	1.54
มากกว่า 15,000	1	1.54
Mean=3,097, S.D.=2,667, Min=800.00, Max=18,000.00		
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	6	9.23
ไม่พอใช้	59	90.77
บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลท่าน		
ดูแลตนเอง	25	38.46
บุตร/หลาน	40	61.54

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยลองเลิกบุหรี่		
เคย	24	36.92
ไม่เคย	41	63.08
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)		
10-15	38	58.46
16-20	27	41.54
Mean=12.06, S.D.=4.35, Min=10.00, Max=18.00		
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)		
1-5	44	67.69
6-10	18	27.69
11-15	3	4.62
Mean=5.29, S.D.=3.67, Min=2.00, Max=12.00		
ชนิดของมวนบุหรี่ที่สูบ		
ก้นกรอง	7	10.77
ซีโย	51	78.46
ก้นกรองและซีโย	7	10.77

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เวลาที่สูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน (นาทีก)		
0-30	18	27.69
31-60	32	49.23
61-90	12	18.46
91-120	3	4.62
Mean=60.00, S.D.=43.95, Min=1.00, Max=120.00		
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่		
มากกว่า 10 ปี	65	100.00
Mean= 24.00, S.D.=7.62, Min=12.00, Max=40.00		
เหตุผลที่เลิกบุหรี่		
ครอบครัวขอร้อง	13	20.00
สุขภาพตนเองเป็นโรคเรื้อรัง	27	41.54
สังคมรังเกียจ	12	18.46
ราคาบุหรี่แพงขึ้น	11	16.92
อื่นๆ ไม่ระบุ	2	3.08

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ปี)		
1-5	59	90.77
6-10	4	6.15
มากกว่า 10	2	3.08
Mean=3.00, S.D.=2.86, Min=1.00, Max=33.00		
จำนวนครั้งที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	61	93.84
1-2 ครั้ง	2	3.08
3-5 ครั้ง	2	3.08
ชนิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
เบาหวาน	12	18.46
ความดันโลหิตสูง	25	38.47
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	5	7.69
ถุงลมโป่งพองและโรคหอบหืด	23	35.38

สำหรับจำนวนและร้อยละผู้เลิกบุหรี่ได้ของการรักษาทั้ง 4 กลุ่ม จำแนกตามระยะเวลาที่ติดตามพบว่า

กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ จำนวน 38 คน สามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 57.89, 15.79 และ 13.16 ที่ระยะเวลา 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ

กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการฝังเข็มเลิกบุหรี่ จำนวน 15 คน สามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 86.67, 86.67 และ 80.00 ที่ระยะเวลา 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ

กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ จำนวน 8 คน สามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 75.00, 75.00 และ 50.00 ที่ระยะเวลา 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี ตามลำดับ

กลุ่มที่ 4 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ การฝังเข็ม

เลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ จำนวน 4 คน สามารถเลิกบุหรี่ได้ทุกคน ทั้ง 3 ระยะ

โดยสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้ของทั้ง 4 กลุ่มพบว่า กลุ่มที่ 4 มีสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3 ตามลำดับ และกลุ่มที่ 1 มีสัดส่วนที่เลิกบุหรี่ได้น้อยสุด เมื่อติดตามต่อไปพบว่าเมื่อระยะเวลานานขึ้นที่ 6 เดือนและ 1 ปี สัดส่วนของผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ยังคงเกินร้อยละ 50.00 ในกลุ่มที่ 2, 3 และ 4 แต่กลุ่มที่ 1 กลับมีแนวโน้มที่ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 4

การเปรียบเทียบค่าระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ผลส่วนนี้ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวัดผลก่อน-หลัง ไม่ได้แยกเป็นกลุ่มการศึกษาทดสอบโดยใช้ Nonparametric Test ชนิด Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลงหลังจากเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ของการรักษาทั้ง 4 กลุ่ม ตามระยะเวลาที่ติดตาม

กลุ่ม	จำนวน (คน)	ระยะเวลาที่ติดตาม ผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้			จำนวนผู้ที่ไม่สามารถเลิก บุหรี่ได้ที่ระยะเวลา 1 ปี
		3 เดือน	6 เดือน	1 ปี	
กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้าและการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่	38	22 (57.89)	6 (15.79)	5 (13.16)	33
กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการฝังเข็มเลิกบุหรี่	15	13 (86.67)	13 (86.67)	12 (80.00)	3
กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่	8	6 (75.00)	6 (75.00)	4 (50.00)	4
กลุ่มที่ 4 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ การฝังเข็มเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่	4	4 (100.00)	4 (100.00)	4 (100.00)	0

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาพรวมระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทั้ง 4 กลุ่ม

ตัวแปร	การเข้ารับโปรแกรมการเลิกบุหรี่				Z	p-value
	ก่อน		หลัง			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด	12.26	6.95	4.77	3.59	-7.01	0.000*
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ	5.29	3.51	0.74	0.99	-6.92	0.000*

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างสูบก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทั้ง 4 กลุ่ม โดยใช้ Nonparametric Test ชนิด Kruskal-Wallis Test พบว่า ก่อนการเข้ารับโปรแกรมฯ มีการสูบบุหรี่ด้วยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.866$) และหลังเข้าโครงการมีการสูบบุหรี่ด้วยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p\text{-value}=0.134$) แสดงถึงทั้ง 4 กลุ่มมีการสูบบุหรี่ด้วยจำนวนมวนที่ลดลงแต่ไม่มีความแตกต่าง

กันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test พบว่ากลุ่มที่ 1, 2 และ 3 มีการลดลงของมวนบุหรี่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000, 0.001, 0.011$ ตามลำดับ) ยกเว้นกลุ่มที่ 4 ที่ไม่มีความแตกต่างของจำนวนมวนบุหรี่ยาก่อนและหลังเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.068$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างสูบก่อนและหลังเข้าโครงการทั้ง 4 กลุ่ม

กลุ่ม	จำนวน (คน)	การเข้ารับโปรแกรมการเลิกบุหรี่				Z	p-value
		ก่อน		หลัง			
		จำนวน	S.D.	จำนวน	S.D.		
		มวน เฉลี่ย		มวน เฉลี่ย			
กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องพิษภัย บุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้าและ การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่	38	5.03	0.95	0.95	0.21	-5.253	0.000*
กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องพิษภัย บุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้ สมุนไพรเลิกบุหรี่และการฝังเข็ม เลิกบุหรี่	15	5.80	0.83	0.40	0.34	-3.415	0.001*

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างสูบก่อนและหลังเข้าโครงการทั้ง 4 กลุ่ม (ต่อ)

กลุ่ม	จำนวน (คน)	การเข้ารับโปรแกรมการเลิกบุหรี่				Z	p-value
		ก่อน		หลัง			
		จำนวน	S.D.	จำนวน	S.D.		
		มวนเฉลี่ย		มวนเฉลี่ย			
กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่	8	5.50	0.93	0.75	0.53	-2.533	0.011*
กลุ่มที่ 4 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ การฝังเข็มเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่	4	5.50	1.04	0.00	0	-1.826	0.068
F		0.322		1.119			
p-value		0.866		0.134			

*p-value<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิธีการบำบัดรักษาของทั้ง 4 กลุ่ม กลุ่มที่มีสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้มากที่สุดคือกลุ่มที่ 4 โดยให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ การฝังเข็มเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้ทั้ง 4 คนที่เข้าร่วมโครงการ แต่กลุ่มนี้จะใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาที่นานที่สุดคือ ใช้เวลา 4 เดือน และในกลุ่มนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 4 คนเท่านั้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มนี้สามารถเลิกบุหรี่ได้คือ มีความตั้งใจในการที่จะหยุดสูบบุหรี่มากแม้ว่าจะต้องใช้ระยะเวลาการบำบัดรักษาที่นานขึ้นก็ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจนกว่าจะหยุดสูบได้ สำหรับกลุ่มที่ได้สัดส่วนผลการรักษาที่ตรงกลางคือ กลุ่มที่ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการฝังเข็มเลิกบุหรี่โดยที่กลุ่มนี้ใช้เวลาการรักษาบำบัดเพียง 1 เดือนเท่านั้น สิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คือ รสชาติที่เปลี่ยนไป

ของการสูบบุหรี่ และบางคนก็กลับไปทดลองสูบบุหรี่เกิดอาการเวียนศีรษะ อาเจียน ซึ่งกลุ่มนี้ถือว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ใน 4 กลุ่มที่ได้ทำการศึกษาในแง่ของการประหยัดทรัพยากร เวลาและให้ผลการรักษาที่ดี มีผลข้างเคียงน้อย สามารถใช้วิธีการรักษาแบบนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะต้องห้ามในการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ นอกจากนี้เมื่อทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ 3 ที่ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดจุดสะท้อนเท้า การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่พบว่าให้ประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่ที่ดีกว่า แสดงถึงการฝังเข็มเลิกบุหรี่ให้ประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่ที่ดีกว่าการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่และไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาคือ Nortriptyline ซึ่งพบว่าเกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วยรับการรักษา ได้แก่ ทำให้ปากแห้ง ง่วงนอน ใจสั่น หัวใจเต้นเสียจังหวะ และยังมีข้อควรระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2555) แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของการฝังเข็มและการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ก่อนหน้านี้

จากการเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังเข้าโครงการของแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 มีการลดลงของมวนบุหรี่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่นำการกดยุติสูบบุหรี่มาใช้ในการบำบัดเลิกบุหรี่มีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 47.60 (อัมพร กรอบทอง และคณะ, 2558) การใช้สมุนไพรดอกขาวร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบได้ร้อยละ 67.09 (สุภาภรณ์ ปิตีพร และคณะ, 2562) การใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมกับการให้คำปรึกษาให้ผลในการเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 39.3 (ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ และคณะ, 2563) และ การใช้วิธีการฝังเข็มในการเลิกบุหรี่สามารถทำให้เลิกบุหรี่ในระยะเวลา 5 ปีได้ร้อยละ 43.48 (Wang et al., 2016) แต่กลุ่มที่ 4 ก่อนและหลังเข้าโครงการไม่มีความแตกต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ซึ่งอาจจะมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย และจากการศึกษาที่ยังพบว่าทั้ง 4 กลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการมีจำนวนมวนบุหรี่ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงทั้ง 4 กลุ่มสามารถลดจำนวนมวนการสูบบุหรี่ได้ไม่แตกต่างกัน แต่ระยะเวลาการบำบัดแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสูบบุหรี่และการใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ โดยการเข้าร่วมอบรม 1 วัน กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสูบบุหรี่ การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการฝังเข็มเลิกบุหรี่ ใช้ระยะเวลาบำบัด 1 เดือน กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสูบบุหรี่ การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ ใช้ระยะเวลาบำบัด 3 เดือน และกลุ่มที่ 4 ให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ การกดยุติสูบบุหรี่ การใช้สมุนไพรเลิกบุหรี่ การฝังเข็มเลิกบุหรี่และการใช้ยาเม็ดเลิกบุหรี่ ใช้ระยะเวลาบำบัด 4 เดือน และทุกกลุ่มได้รับการติดตามทุก 1 อาทิตย์จนครบ 1 ปี ซึ่งเป็นข้อมูลทางเลือกให้ผู้ที่จะเข้ามาบำบัดรักษาเลิกบุหรี่ต่อไป

นอกจากวิธีการบำบัดรักษาที่ได้ผลดีแล้วนั้น การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องรวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อม

ที่เอื้อต่อการเลิกสูบบุหรี่ก็มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน การทำโครงการวิจัยในครั้งนี้จึงได้ขอความร่วมมือจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืนและพัฒนาสู่สังคมปลอดบุหรี่ในอนาคต

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและไม่เท่ากันในแต่ละกลุ่มการศึกษา เนื่องจากเป็นการเลือกตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการ และระยะเวลาในการศึกษายังไม่ยาวนานพอที่จะเปรียบเทียบให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการตอบสนองส่วนบุคคลต่อการบำบัดรักษาในแต่ละวิธีการที่ต่างกันยากที่จะแปลผลได้ว่าวิธีไหนคือวิธีที่ดีที่สุดที่ควรเลือกมารักษาเพียงวิธีเดียว

ข้อเสนอแนะ

1. ผลวิจัยสามารถเป็นข้อมูลทางเลือกในการบำบัดผู้ติดยา ซึ่งผู้ที่เข้ามารักษาในคลินิกเลิกบุหรี่สามารถใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองได้
2. การสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากประชาชน สามารถติดตามผลในระยะยาวได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ได้ในระยะยาว สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการแก้ปัญหาส่วนรวมอื่นเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป
3. ควรมีการดำเนินงานบำบัดเลิกบุหรี่แบบเชิงรุกในประชาชนทั่วไปและในชุมชน เพื่อให้ห่างไกลจากพิษภัยของบุหรี่ รวมทั้งเป็นการปรับสิ่งแวดล้อม ลดผู้สูบบุหรี่ใหม่ เป็นการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอบ้านโฮ่ง พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่

คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ผู้เข้าร่วม
การศึกษาในครั้งนี้ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยขับเคลื่อน
งานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา ใจเย็น. (2560). ลด เลิกบุหรี่ ด้วยวิธีแพทย์แผนจีน [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2560];
แหล่งข้อมูล: URL: <https://www.huachiewtcm.com/content/6249>
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2563). แพทย์แผนไทยชุมชนไพร่ “หญ้าดอกขาว-มะนาว”
ช่วยเลิกบุหรี่ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL:
<https://www.hfocus.org/content/2020/05/19460>
- เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. (2560). สรุปการดำเนินงาน DHS-PCA-รพ.สต.ติดตาม.
เอกสารประกอบการนำเสนอผลงาน พ.ศ. 2560
- ปรีดา เบญจนาภาสกุล. (2549). ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่. ปรียญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, วิไลลักษณ์ หฤพรพงศ์, จิตติพร กันวิหค และสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2563).
ประสิทธิผลของโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา. วารสาร
ควบคุมโรค, 46(2), 206-218.
- ธนัท ดลอมพรพิศุทธิ์ (2560). กอดจุดสะท้อนเท้าช่วยเลิกบุหรี่. ใน: วินัย แก้วมณีวงศ์ และธนัท ดลอมพรพิศุทธิ์,
บรรณาธิการ. กรมการแพทย์ทางเลือก นวัตกรรมดูแลสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
สำนักการแพทย์ทางเลือก
- สุภาภรณ์ ปิติพร, อุไรวรรณ โชติเกียรติ, ศิริพร พูลทรัพย์ และคณะ. (2562). การศึกษาประสิทธิผลและความ
ปลอดภัยเบื้องต้นของสเปรย์หญ้าดอกขาวในการเลิกบุหรี่. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ,
13(2), 117-127.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (2555). การบำบัดโรคเสพติดสุรา สำหรับผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก. ใน: สุทัศน์ รุ่งเรือง
หิรัญญา และสุจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานสำหรับการบำบัดโรค
เสพติดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหประชา
พานิชย์ จำกัด
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). สำนวนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560.
[ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL:
<http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>
- อัมพร กรอบทอง, ธนัท ดลอมพรพิศุทธิ์ และทิพวัลย์ อีร์สิโรจน์. (2558). การศึกษาเบื้องต้นแบบสุ่มมีกลุ่ม
ควบคุมของผลสัมฤทธิ์การนวดกดจุดสะท้อนเท้ารักษาผู้ป่วยติดบุหรี่. วารสารการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก, 13(1), 35-43.
- อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุพล วัฒนานนท์ และคณะ. (2560). ผู้ป่วยด้วย NCD มี
พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.
2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(3), 345-354. [สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2564]; แหล่งข้อมูล:
URL: <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachdomestic/274/Full-text.pdf>

- Wang, Y. Y., Liu, Z., Wu, Y., *et al.* (2016). Acupuncture for smoking cessation in Hong Kong: a prospective multicenter observational study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-9.
- World Health Organization. (2018). Tobacco Breaks Heart. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272675/WHO-NMH-PND-18.4-eng.pdf>

ความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่

Prevalence and Distribution of Colorectal Cancer in Chiang Mai Province

ธัญพร รังวิจิตร* พย.บ.

สินีนาน ขาวตระการ** วท.ด.

(การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ)

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์** พร.ด.

(วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร)

Thanyaporn Rangwichit* B.N.S

Sineenart Chautrakarn** Ph.D.

(Health Research and Management)

Jukkrit Wangrath** Ph.D.

(Food Science and Technology)

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

MPH student, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Received: Mar 22, 2021

Revised: May 14, 2021

Accepted: Jun 7, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 ประชากรเป็นผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคนที่ได้รับการตรวจสอบกล้องทางลำไส้ใหญ่ และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาในการหาความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำแนกตามพื้นที่ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตามพื้นที่ที่อยู่อาศัยด้วยสถิติโคสแควร์ และเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่ที่อยู่อาศัยโดยทดสอบ One-way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 658 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.02 เพศหญิง ร้อยละ 44.98 มีอายุเฉลี่ย 65.54 ± 11.49 ปี เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 มีการอักเสบของลำไส้ ร้อยละ 0.46 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 7 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.81 ไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว ร้อยละ 98.94 และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 31.46 ความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (2.57, 4.33, 15.66, 21.24 และ 27.22 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ) ส่วนอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 มีแนวโน้มลดลง (1.43, 1.83, 3.43, 3.23 และ 2.84 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ) โดยปัจจัยด้านประวัติการสูบบุหรี่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ที่อยู่อาศัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษารังนี้จะเป็นประโยชน์เพื่อการป้องกันโรคและการรายงานผลทางด้านสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก, โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ABSTRACT

This descriptive study aimed to investigate the prevalence and distribution of colorectal cancer cases in Chiang Mai province between 2014 and 2018. The sample groups aged 15 years and older undergoing colonoscopy and were diagnosed with colorectal cancer. Data collection was from 43 standard files. Analyzed by descriptive statistics to determine the prevalence and distribution of colorectal cancer by area. Chi-square test to find the relationship between personal factors and geographical living place and One-way ANOVA to compare the mean age of the population classified by geographical living place. A total of 658 people were male (55%), mean age 65 ± 11.5 years, having diabetes 21.12%, intestinal inflammation 0.46%, smoking history 7%, history of alcohol consumption 8.8%. They had hot family cancer history 98.94% of and died from colorectal cancer 31.46%. The prevalence of colorectal cancer trend from 2014 to 2018 were to increase (2.57, 4.33, 15.66, 21.24 and 27.22 per 100,000 population respectively) but the trend of mortality rates suspected to decrease (1.43, 1.83, 3.43, 3.23 and 2.84 per 100,000 population respectively). In terms of demographic data, the findings revealed that smoking history was statistically significant difference by geographical living place. This study is useful to prevent the disease and to forwardly report their further public health status.

Key words: Prevalence, Colorectal cancer

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชาชนทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด จำนวน 1,931,590 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 935,173 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 21,103 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงถึง 11,321 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกๆ ปี โดยคาดว่าอีก 5 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 41,608 คนต่อปี (World Health Organization, 2020) จากการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (DALYs) ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุหลักของ

การสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 16, 14 และ 12 ของการสูญเสียทั้งหมดตามลำดับ สำหรับเพศหญิงกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง รองลงมาคือ โรคเบาหวานและความผิดปกติทางการรับรู้ คิดเป็นร้อยละ 15 และ 8 ของการสูญเสียทั้งหมดตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560)

อุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในภาคเหนือช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่มีจำนวนทั้งหมด 6,835 คน เป็นเพศชาย จำนวน 3,704 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในเพศชาย และเป็นเพศหญิงจำนวน 3,179 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง คิดเป็น 1.2:1 (สมเกียรติ ลลิตวงศา และคณะ, 2557) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

สูงเป็นอันดับสองของภาคเหนือ โดยมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 17.0 ต่อ 100,000 ประชากร (Imsamran *et al.*, 2018)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่รายอำเภอและพื้นที่อยู่อาศัยเป็นรายปี และเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามพื้นที่อยู่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรค และการวางแผน ควบคุม ฝ้าระวัง ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมถึงการรายงานโรคในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามปัจจัยด้านอายุ เพศ ประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว การอักเสบของลำไส้ ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตามข้อมูลการให้รหัสโรค (ICD-10-TM) โดยใช้ข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม (สำนักนโยบายและแผนและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ในคลังข้อมูล (Health Data Center: HDC) ส่วนกลาง ทำการศึกษาข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีการแบ่งพื้นที่ตามเครือข่ายบริการสาธารณสุขของจังหวัดเชียงใหม่ ทั้ง 25 อำเภอ ออกเป็น 5 พื้นที่อยู่อาศัยดังภาพที่ 1 เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และเกิดการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยมีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นแม่ข่าย แต่ละโซนบริการจะมีโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เป็นโรงพยาบาลลูกข่าย โดยใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งบุคลากร เครื่องมือแพทย์ เติยผู้ป่วย ห้องผ่าตัด

มีระบบการดูแล การส่งต่อ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับพื้นฐานขึ้นไปจนถึงระดับเชี่ยวชาญ

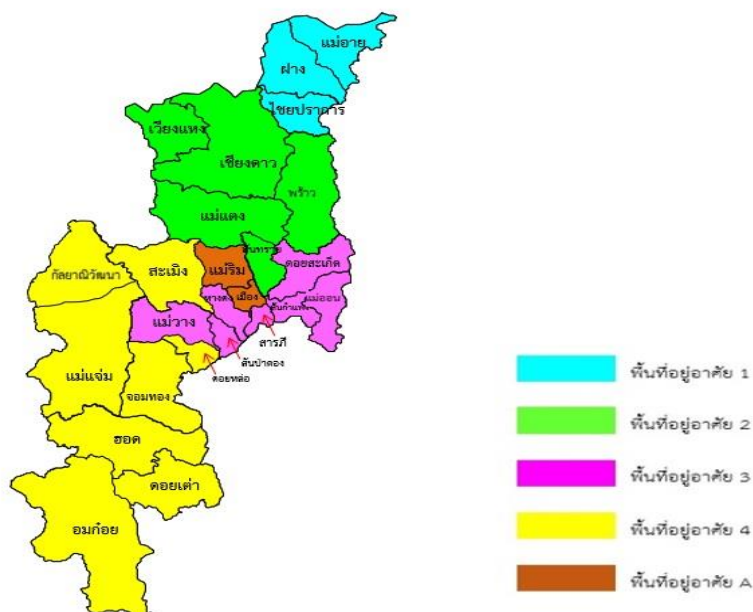
ประชากร คือ ผู้ป่วยทุกรายที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกคนที่ได้รับการตรวจโดยการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากโรงพยาบาล 24 แห่ง จำนวน 25 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2561 จำนวนรวมทั้งสิ้น 658 คน โดยจำนวนประชากรที่ใช้ในการหาความชุกได้มาจากศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2559) เป็นจำนวนประชากรกลางปี ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2561 จำนวน 1,672,586 คน, 1,638,981 คน, 1,602,699 คน, 1,610,419 คน และ 1,620,100 คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ซอฟต์แวร์ที่ใช้ ได้แก่ ระบบปฏิบัติการ Microsoft windows 10, โปรแกรมจัดการฐานข้อมูล Navicat premium for MySQL, ฐานข้อมูล MySQL 5.7 และเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล Core i7 และตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว การอักเสบของลำไส้ ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล อัตราความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัยและใช้สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับพื้นที่อยู่อาศัยโดยใช้สถิติ Chi-square test และเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของประชากรจำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัยโดยใช้สถิติ One-way ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง ET004/2563 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2563



ภาพที่ 1 พื้นที่อยู่อาศัยตามเครือข่ายบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.02 และเพศหญิง ร้อยละ 44.98 โดยมีอายุเฉลี่ย 65.54 ปี (S.D.=11.49) กลุ่มอายุ 50–69 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 58.21 กลุ่มอายุต่ำกว่า 29 ปี พบจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 0.61 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 มีประวัติการอักเสบของลำไส้ ร้อยละ 0.46 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว ร้อยละ 98.94 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 7 มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 8.81 และมีการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 31.46 โดยในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนการเสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 26.57 ดังตารางที่ 1

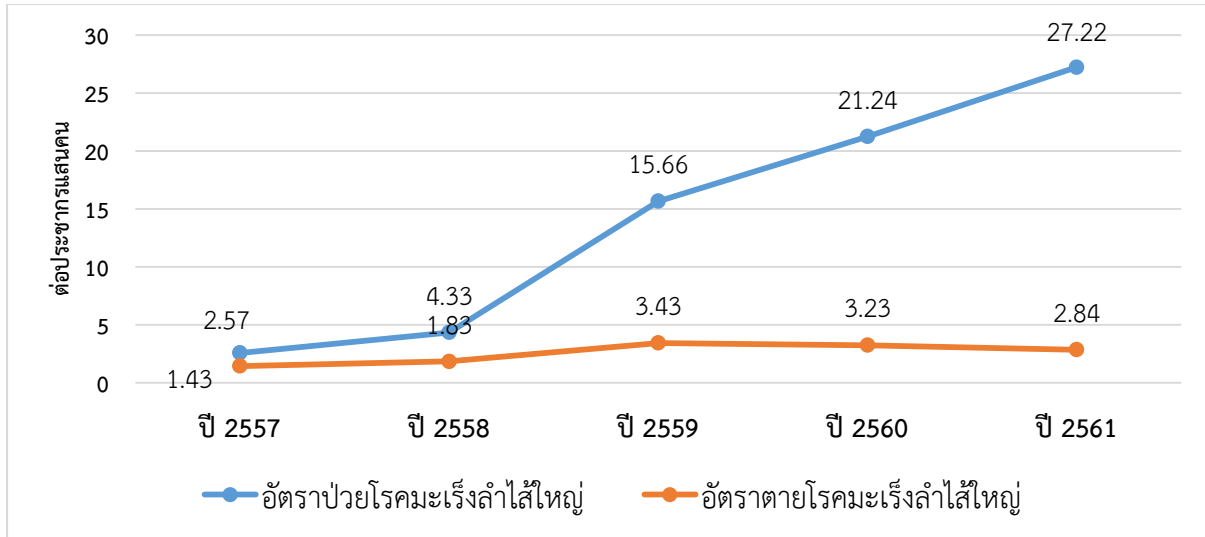
2. ข้อมูลความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกเป็นรายปี

ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่า ความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เท่ากับ 2.57, 4.33, 15.66, 21.24 และ 27.22 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เท่ากับ 1.43, 1.83, 3.43, 3.23 และ 2.84 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

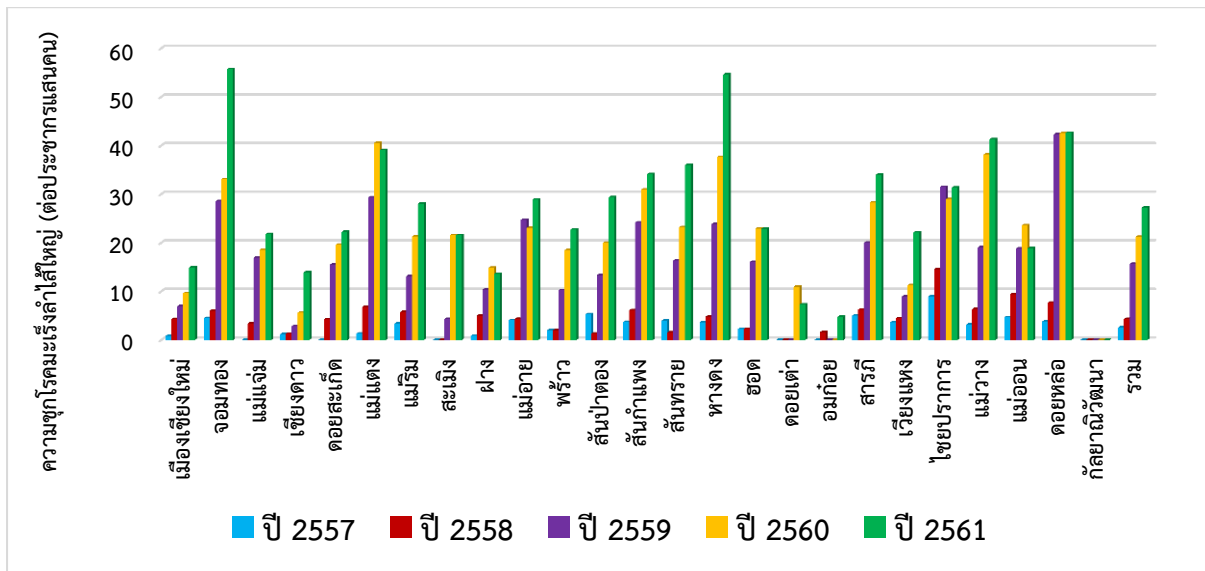
ในปี พ.ศ. 2557 อำเภอที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอไชยปราการ อัตรา 8.95 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอสันป่าตองและอำเภอสарภี, อัตรา 5.30 และ 5.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2558 อำเภอที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอไชยปราการ อัตรา 14.54 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอแม่อนและอำเภอดอยหล่อ อัตรา 9.41 และ 7.69 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2559 อำเภอที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอดอยหล่อ อัตรา 42.32 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอไชยปราการ และอำเภอแม่แตง อัตรา 31.50 และ 29.34 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2560 อำเภอที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอดอยหล่อ อัตรา 48.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอแม่แตงและอำเภอแม่วาง อัตรา 40.53 และ 38.19 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2561 อำเภอที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอจอมทอง อัตรา 55.71 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอหางดงและอำเภอดอยหล่อ อัตรา 54.63 และ 42.62 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ดังภาพที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (N=658)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 29 ปี	4	0.61
30 – 49 ปี	46	6.99
50 – 69 ปี	383	58.21
70 ปี ขึ้นไป	225	34.19
อายุเฉลี่ย 65.54 ปี, S.D.=11.49		
เพศ		
ชาย	362	55.02
หญิง	296	44.98
เบาหวาน		
ไม่เป็น	519	78.88
เป็น	139	21.12
การอักเสบของลำไส้		
ไม่เป็น	655	99.54
เป็น	3	0.46
ประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว		
ไม่มี	651	98.94
มี	7	1.06
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	552	83.89
สูบ	46	7.00
ไม่ทราบ	60	9.11
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	600	91.19
ดื่ม	58	8.81
ผู้ป่วยที่มีชีวิต	451	68.54
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตรวม	207	31.46
พ.ศ. 2557	24	11.59
พ.ศ. 2558	30	14.49
พ.ศ. 2559	55	26.57
พ.ศ. 2560	52	25.12
พ.ศ. 2561	46	22.23



ภาพที่ 2 ความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกเป็นรายปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561



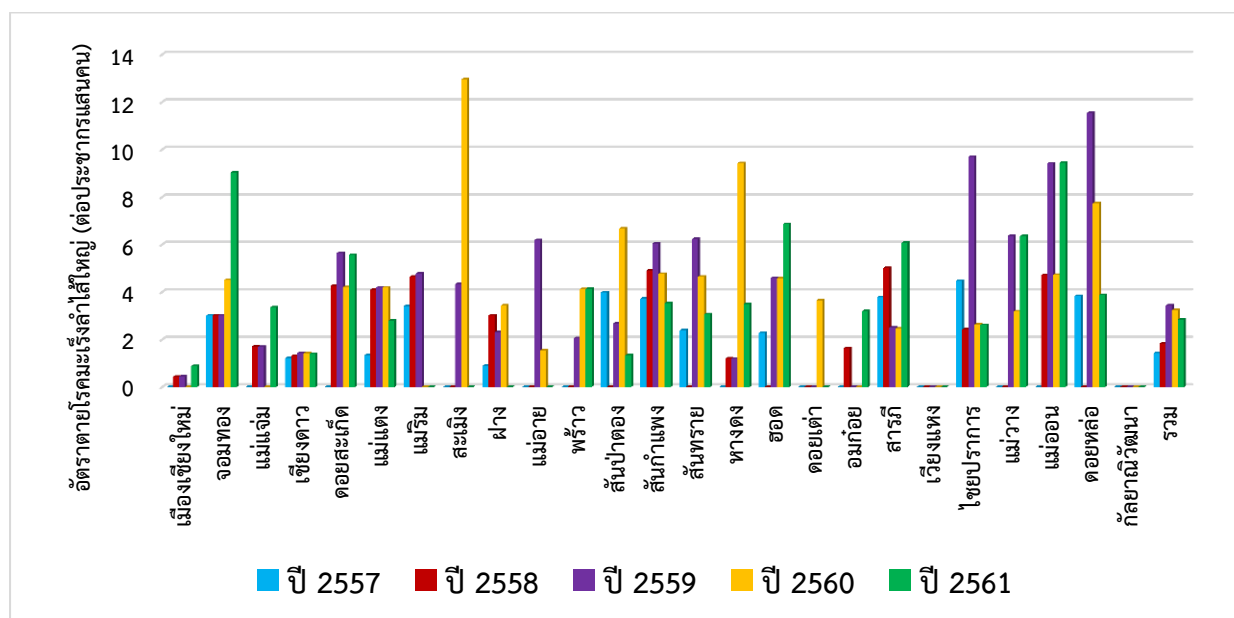
ภาพที่ 3 ความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561
จำแนกตามพื้นที่เป็นรายอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

ในปี พ.ศ. 2557 อำเภอที่มีอัตราตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอไชยปราการ อัตรา 4.47 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอสันป่าตองและอำเภอดอยหล่อ อัตรา 3.98 และ 3.83 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2558 อำเภอที่มีอัตราตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอสารภี อัตรา 5.01 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอสันกำแพงและอำเภอแม่ออน

อัตรา 4.90 และ 4.71 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2559 อำเภอที่มีอัตราตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอดอยหล่อ อัตรา 11.54 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอไชยปราการ และอำเภอแม่ออน อัตรา 9.69 และ 9.41 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2560 อำเภอที่มีอัตราตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอสะเมิง อัตรา 12.95 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่

อำเภอหางดงและอำเภอดอยหล่อ อัตรา 9.42 และ 7.74 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2561 อำเภอที่มีอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ได้แก่ อำเภอแม่ออน อัตรา 9.44 ต่อประชากร

แสนคน รองลงมาได้แก่ อำเภอจอมทองและอำเภอฮอด อัตรา 9.03 และ 6.86 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ดังภาพที่ 4

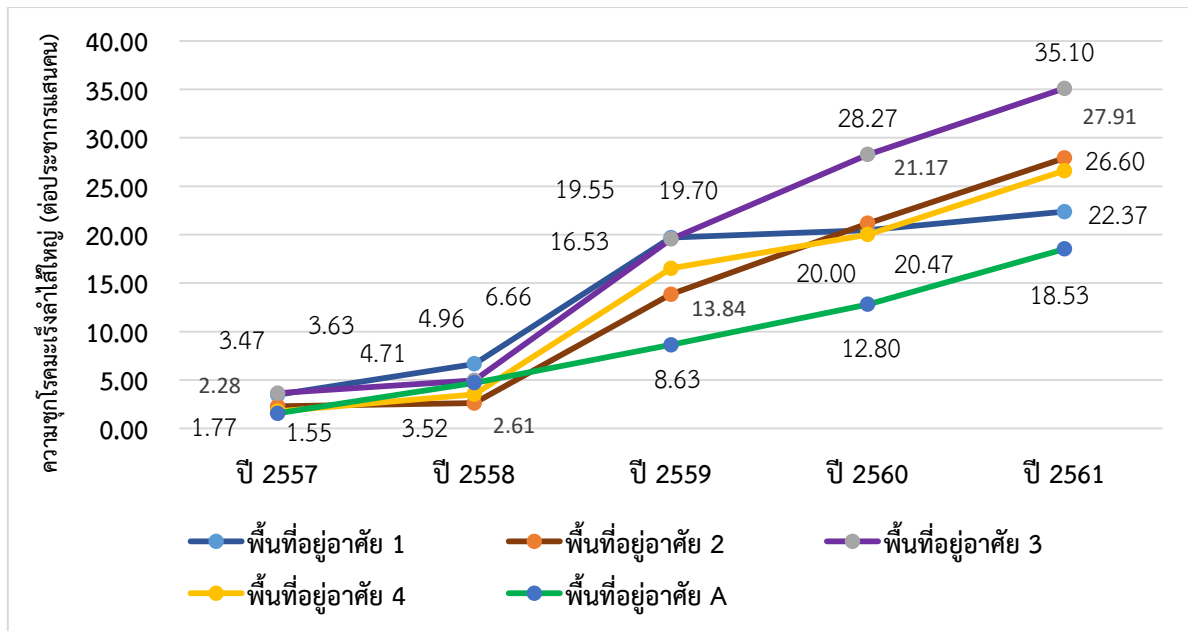


ภาพที่ 4 อัตราตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อำเภอต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561
จำแนกตามพื้นที่เป็นรายอำเภอ จังหวัดเชียงใหม่

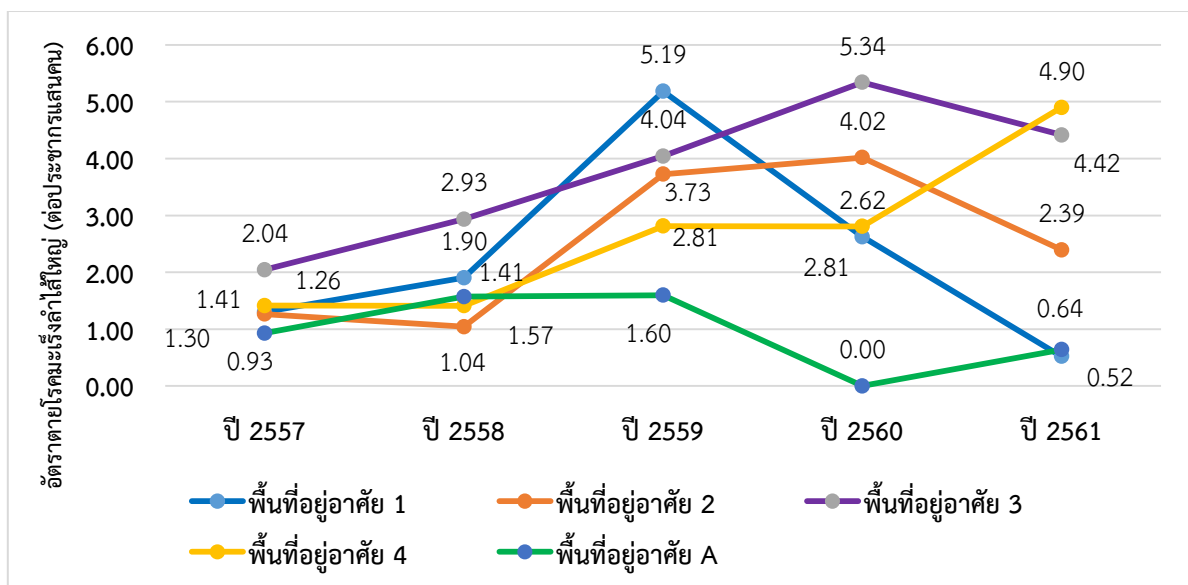
3. ข้อมูลความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย

เมื่อทำการวิเคราะห์ความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย ในปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 พื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 3 อัตรา 3.63 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 5 และพื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 3 อัตรา 2.04 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2558 พื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 1 อัตรา 6.66 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 5 และพื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 3 อัตรา 2.93 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2559 พื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 1 อัตรา 19.70 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 5 และพื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 1 อัตรา 5.19 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2560 พื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 3 อัตรา 28.27 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 5 และพื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 3 อัตรา 5.34 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 6 และปี พ.ศ. 2561 พื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 3 อัตรา 35.10 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 5 และพื้นที่อยู่อาศัยสาธารณสุขที่มีอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คือ พื้นที่อยู่อาศัย 4 อัตรา 4.90 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 5 แนวโน้มความชุกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย



ภาพที่ 6 แนวโน้มอัตราการตายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย

4. เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย พบว่าเพศ ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วน

ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่อยู่อาศัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังตารางที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย พบว่าค่าเฉลี่ยอายุในแต่ละพื้นที่อยู่อาศัยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	พื้นที่อยู่อาศัย					p-value
	1	2	3	4	A	
	(n = 66)	(n = 162)	(n = 243)	(n = 114)	(n = 73)	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
เพศ						0.569
ชาย	33 (50.00)	88 (54.32)	143 (58.85)	58 (50.88)	40 (54.80)	
หญิง	33 (50.00)	74 (45.68)	100 (41.15)	56 (49.12)	33 (45.20)	
ประวัติการป่วยเป็นโรคเบาหวาน						0.676
ไม่เป็น	51 (77.27)	131 (80.86)	190 (78.19)	86 (75.44)	61 (83.56)	
เป็น	15 (22.73)	31 (19.14)	53 (21.81)	28 (24.56)	12 (16.44)	
ประวัติการสูบบุหรี่						0.001*
ไม่สูบ	55 (83.33)	141 (87.03)	214 (88.07)	83 (72.81)	59 (80.82)	
สูบ	6 (9.10)	4 (2.47)	10 (4.11)	19 (16.66)	7 (9.59)	
ไม่ทราบ	5 (7.57)	17 (10.50)	19 (7.82)	12 (10.53)	7 (9.59)	
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						0.329
ไม่ดื่ม	56 (84.85)	146 (90.12)	225 (92.60)	106 (92.98)	67 (91.78)	
ดื่ม	10 (15.15)	16 (9.88)	18 (7.40)	8 (7.02)	6 (8.22)	

* p-value<0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	พื้นที่อยู่อาศัย					p-value
	1	2	3	4	A	
	(n = 66)	(n = 162)	(n = 243)	(n = 114)	(n = 73)	
อายุ (ปี)						0.542
Mean	63.70	66.31	62.60	62.97	64.59	
S.D.	9.36	11.30	11.43	13.24	10.94	

* p-value<0.05

อภิปรายผล

ช่วงเวลา 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 ความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี อธิบายได้ว่าการเข้าถึงบริการที่ง่ายและทั่วถึงขึ้น การดำเนินโครงการของภาครัฐทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งที่ไม่เคยตรวจ สามารถเข้ารับการ

ตรวจรักษามากขึ้น จึงทำให้แนวโน้มของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยรวมเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งสอดคล้องกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) มีนโยบายเพิ่มสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติเกี่ยวกับการคัดกรองและการตรวจยืนยัน มะเร็งลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ 50-70 ปี โดยในการตรวจครั้งแรกเป็นการตรวจหาความเสี่ยงก่อน ต่อมาจะตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้อง ตรวจลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจยืนยัน โดยประชาชนกลุ่มนี้จะได้เข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง ติดตามอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนแบบก้าวกระโดด เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการจัดการคุณภาพข้อมูลมาตรฐาน 43 แพ้ม โดยกำหนดให้ทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องต้องจัดเก็บรายงานและส่งออกข้อมูลให้ส่วนกลางเพื่อนำไปประมวลผล และใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกันในระดับประเทศ ซึ่งยังเป็นเรื่องใหม่ที่มีการดำเนินการอย่างจริงจังเมื่อปี พ.ศ. 2557 ซึ่งที่ผ่านมาในการดำเนินงานมีความยุ่งยากและซับซ้อนในระบบฐานข้อมูล

ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพข้อมูล สำนักนโยบายและแผนและยุทธศาสตร์จึงมีการปรับปรุงรายละเอียดโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพให้ชัดเจน ง่ายต่อความเข้าใจ และตรงกับการปฏิบัติงาน เช่นคำอธิบาย รหัสมาตรฐานต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดเก็บรายงานได้ตรงความต้องการ และมีข้อมูลสำหรับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (สำนักนโยบายและแผนและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อำเภอกัลยาณิวัฒนา เป็นอำเภอที่ไม่พบความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมเกียรติ ลลิตวงศา และคณะ (2557) พบว่าช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 ของอำเภอกัลยาณิวัฒนามีอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรค (Age Standardized Incidence Rate: ASR) ในเพศหญิง เท่ากับ 10.1 ต่อประชากรแสนคน อาจอธิบายได้ว่าข้อมูลมาตรฐาน 43 แพ้มจากระบบรายงานยังไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน และมีข้อมูลที่ขาดหายไปจากระบบการทางเทคโนโลยี ทำให้ความครอบคลุมการไปใช้บริการของประชาชนขาดหายไป จึงทำให้ไม่พบการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทั้งนี้อัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของจังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่

ปี พ.ศ.2557-2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้วลดลงเท่ากับ 1.43, 1.83, 3.43, 3.23 และ 2.84 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการตายที่น้อยกว่าค่าของระดับประเทศ

จากข้อมูลสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) พบว่าอัตราการตายโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 เท่ากับ 5.3, 6.3, 7.0, 7.3 และ 7.7 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า มีการตื่นตัวในการตรวจหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มากขึ้น มีการเข้าถึงบริการที่ง่ายขึ้น และความเจริญด้านเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลและมีแผนการรักษาที่มีมาตรฐาน รวมทั้งมีนโยบายของภาครัฐในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมากขึ้น จึงส่งผลให้มีการเข้ารับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น แต่เมื่อพิจารณาเป็นเครือข่ายพื้นที่ที่อยู่อาศัยพบว่าอัตราการตายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในแต่ละพื้นที่ที่อยู่อาศัยทั้ง 25 อำเภอใกล้เคียงกัน ซึ่งแปลความหมายได้ว่า ข้อมูลของอัตราการตายในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันในเชิงปริมาณ แต่มีลักษณะแนวโน้มที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งข้อมูลส่วนนี้สะท้อนถึงปัจจัยในด้านการจัดบริการและสถานการณ์ความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านประวัติการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ที่อยู่อาศัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากให้ประวัติว่าไม่ได้สูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research (2017) พบว่า การสูบบุหรี่ 2 ซองต่อวัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 40 และผู้ที่สูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตั้งเนื้อชนิด advanced adenoma มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 1.4 เท่า (Yeoh *et al.*, 2011) เนื่องจากข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลชนิดทุติยภูมิในข้อมูลมาตรฐาน 43 แพ้ม ซึ่งอาจมีความไม่สมบูรณ์ และควรจะพิจารณาปรับปรุงการรายงานให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้นในอนาคต ส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ได้แก่ เพศ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการป่วยเป็น

โรคเบาหวาน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่อยู่อาศัยทั้ง 5 พื้นที่อยู่อาศัย ส่วนปัจจัยด้านอายุของ 5 พื้นที่อยู่อาศัยนั้น แม้ว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุก่อนข้างมาก โดยมีอายุเฉลี่ย 65.54 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ National Cancer Institute (2019) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ซึ่งในปี 2560 มะเร็งลำไส้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาพบมากในอายุ 65 ปี เช่นกัน (Siegel *et al.*, 2017)

ในส่วนของระบบรายงานข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม ซึ่งเป็นระบบรายงานหลักในการรายงานโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้มจากระบบรายงานในหลายๆ ส่วนยังมีความไม่ครอบคลุม ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากประชากรที่ศึกษาในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบมีการย้ายเข้า ย้ายออกและการเสียชีวิต จึงทำให้ข้อมูลประวัติที่อยู่ในระบบบางครั้งไม่ได้มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับรติยา วิภักดิ์ และคณะ (2560) พบว่าการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพตามข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม ยังมีอุปสรรคและปัญหาในการดำเนินงานอย่างมาก เนื่องจากขาดความครบถ้วน ขาดความครอบคลุม และไม่ทันเวลา ดังจะเห็นได้จากข้อมูลปี พ.ศ.2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ระงับการจ่ายเงินชดเชยตามผลงานการให้บริการชั่วคราว (Pending) เนื่องจากข้อมูลมีความผิดปกติในแฟ้มบุคคล (Person) พบว่าจำนวนคนที่อาศัยอยู่จริงในเขตรับผิดชอบมีจำนวนสูงกว่าความเป็นจริง เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และไม่มีการจำหน่ายบุคคลที่เสียชีวิตแล้ว ออกจากฐานข้อมูลในแฟ้มโรคเรื้อรัง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้ชุดข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้มในการแสดงขนาดของปัญหาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จังหวัด

เชียงใหม่ ควรพิจารณาข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ทะเบียนมะเร็ง และโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาระบบการให้รหัสมาตรฐานด้านสุขภาพต่างๆ สำหรับผู้ให้รหัส (coders) หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ด้านการให้รหัสอย่างมีประสิทธิภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบรายงานโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม ควรเพิ่มความสำคัญของระบบรายงาน ปรับปรุงให้มีความทันสมัย ใช้งานง่าย และควรมีการฝึกอบรมการใช้ระบบให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบให้ใช้งานได้ถูกต้อง ครบถ้วน รวมถึงควรมีการเน้นย้ำถึงความสำคัญของระบบการรายงานที่ถูกต้องครบถ้วนต่อระบบสุขภาพของประเทศ

3. ควรเพิ่มขนาดของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยอาจมีประชากรอีกกลุ่มที่ได้ทำหัตถการอย่างอื่น เช่น การตรวจด้วยวิธีสวนแป้งและถ่ายภาพทางรังสีวิทยา (double-contrast barium enema) ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน เพื่อที่จะลดความคลาดเคลื่อน รวมถึงมีความแม่นยำที่สูงขึ้นใกล้เคียงกับงานวิจัยอื่นๆ

4. ควรเพิ่มการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในพื้นที่อยู่อาศัยตามเครือข่ายบริการสาธารณสุข ได้แก่ พื้นที่อยู่อาศัย 3 และพื้นที่อยู่อาศัย 4 เนื่องจากมีความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น และอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเป็นการค้นหาโรคมะเร็งในระยะก่อนเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ทำให้มีการเข้ารับการรักษาได้ในระยะเริ่มต้น และลดการเสียชีวิตจากโรคได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่าน และนายยุทธนา ตาสุภานักวิชาการคอมพิวเตอร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ให้คำปรึกษา สนับสนุนและให้ความร่วมมืออย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 28 มกราคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf
- รติยา วิภักดิ์, นิรุวรรณ เทรินโบล และเสฐียรพงษ์ ศิรินา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อ.จตุรพักตรพิมาน จ.ร้อยเอ็ด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(พิเศษ), 162-179.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์ จำกัด.
- สมเกียรติ ลลิตวงศา, ดลสุข พงษ์นิกร, กาญจนา ดาวประเสริฐ และคณะ. (2557). อุบัติการณ์โรคมะเร็งในภาคเหนือของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551-2555. ลำปาง: อาท รุม ดีไซน์ ลำปาง.
- สำนักนโยบายและแผนและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.2 (กันยายน 2559) ปีงบประมาณ 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเล่ม 1 การบริหารงบเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2559). ข้อมูล สถิติสาธารณสุข.[ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/all_it.php
- Imsamran W., Pattatang A., Supaattagorn P., *et al.* (2018). Cancer in Thailand Vol.IX, 2013-2015. Bangkok: NEW THAMMADA PRESS (THAILAND) CO., LTD.
- National Cancer Institute. (2019). Colorectal Cancer Prevention (PDQ®)-Health Professional Version [online]. [cited 2020 July 29]; Available from: URL: <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colorectal-prevention-pdq>
- Siegel, R. L., Fedewa, S. A., Anderson, W. F. *et al.* (2017). Colorectal cancer incidence patterns in the United States, 1974–2013. Journal of the National Cancer Institute, 109(8), 1-6.
- World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research. (2017). Diet, nutrition, physical activity, and colorectal cancer [online]. [cited 2020 July 28]; Available from: URL: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Colorectal-cancer-report.pdf>
- World Health Organization. (2020). Global Health Observatory. [online]. [cited 2020 July 28]; Available from: URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

World Health Organization. (2020). Global Health Observatory. [online]. [cited 2020 July 28]; Available from: URL:

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>

Yeoh, K. G., Ho, K. Y., Chiu, H. M. *et al.* (2011). The Asia-Pacific Colorectal Screening score: a validated tool that stratifies risk for colorectal advanced neoplasia in asymptomatic Asian subjects. *Gut*, 60(9), 1236-1241.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็ก มัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

Factors associated with Food Consumption Behaviors in Overweight Secondary School Students in Mueang District, Yala Province

กมลวรรณ สุวรรณ* พย.ม.
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

สุชาดา เจดอเลาะ* พย.ม.
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ชนิกานต์ สมจारी* พย.ม.
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

พัชรินทร์ คมขำ* พย.ม.
(การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

ปฐิรินทร์ ศรีศัลลักษณ์** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์),
พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

Kamonwan Suwan* M.N.S.
(Community Health Nurse Practitioner)

Suchada Jehdolah* M.N.S.
(Community Health Nurse Practitioner)

Chanikan Somjaree* M.N.S.
(Community Health Nurse Practitioner)

Patcharin Khomkham* M.N.S.
(Family Nurse Practitioner)

Purin Srisodsasuluk** M.Sc. (Public Health), M.N.S.
(Community Health Nurse Practitioner)

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา Boromarajonani College of Nursing Yala

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี Boromarajonani College of Nursing Suphanburi

Received: Apr 9, 2021

Revised: May 12, 2021

Accepted: Jun 8, 2021

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน และมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผลการตรวจสอบสุขภาพนักเรียน ประจำปีการศึกษา 2561 ของศูนย์สุขภาพชุมชนชนวนวิถิ จำนวน 191 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทศนคติต่อการบริโภคอาหาร ความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.14, S.D.=0.32) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภค (r=0.257) ปัจจัยเอื้อ (r=0.391) และปัจจัยเสริม (r=0.315) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ โดยเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน เพื่อให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์, เด็กวัยเรียน

ABSTRACT

The trend of overweight has been rising every year, especially in the school-age children and there are a number of factors affecting food consumption behaviors. This cross-sectional survey aimed to examine factors affecting food consumption behaviors in the overweight secondary school students in Mueang District, Yala Province. Participants selected were 191 students by a purposive sampling method from all students passed the health examination in the academic year, 2018, of Thonwitee Community Health Center. The data collected by an interview with a questionnaire comprised food consumption knowledge, attitudes and behaviors, overweight beliefs, enabling and reinforcing factors. The data analyses performed frequencies, percentages, means, standard deviations and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient values. Results showed that food consumption behaviors contributed the overweight were at a moderate level (Mean=3.14, S.D.=0.32). The factors positively related to food consumption behaviors consisted of the predisposing factors in knowledge of food consumption ($r=0.257$), enabling factors ($r=0.391$), and reinforcing factors ($r=0.315$) with a statistical significance at a level of 0.01. It is recommended to the nurses to guide a behavior modification program for affected school students by enhancing knowledge of food consumptions, gaining access to food sources, and obtaining support from family, teachers, and friends to maintain appropriate habits.

Key words: Factor, Food consumption behavior, Overweight, School age

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ (overweight) เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก โดยผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) พบว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นโรคอ้วนหรือมีภาวะโภชนาการเกินจำนวน 38 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีเด็กเป็นโรคอ้วนทั่วโลก 70 ล้านคน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับประเทศไทยที่พบแนวโน้มของเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาโรคอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่าร้อยละของเด็กนักเรียนไทยที่มีอายุระหว่าง 6 ถึง 14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 9.82 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 11.70 ในปี 2561 ซึ่งเด็กที่อ้วนส่วนใหญ่จะพบมากในเขตเมืองของทุกภูมิภาคของประเทศ โดยเด็กที่อ้วนเหล่านี้มีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนร้อยละ 25 และ

หากเป็นวัยรุ่นอ้วนจะยิ่งเพิ่มโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนถึงร้อยละ 75 (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยผลจากปัญหาดังกล่าวนั้นจะส่งผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสังคม เช่น การมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไร้เชื้อเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งโรคสมาธิสั้น ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง และการถูกกลั่นแกล้ง (bullying) จากสังคม โดยบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้า เป็นต้น (กัลยาณี โนอินทร์, 2560; ชุตินา ศิริกุลชยานนท์, 2558; ปุณณิศา ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง, 2555; สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จังหวัดยะลาเป็นเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง จากรายงานการเฝ้าระวังโภชนาการ

ในเด็กวัยเรียนอายุ 7-12 ปี ปีงบประมาณ 2559 พบเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 8.91 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ทั้งปริมาณและสัดส่วน และจากพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกายน้อย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา, 2559) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำหรับแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยศึกษาตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) ตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร ความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แหล่งขายอาหาร การจัดการรายได้ของนักเรียน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน โดยมีตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) มีอายุระหว่าง 12-15 ปี ปีการศึกษา 2561 ของโรงเรียนคณะราษฎรบำรุง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 257 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1970 อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์, 2556)

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 157 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 191 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผลการตรวจสอบคุณภาพนักเรียนประจำปีการศึกษา 2561 (ศูนย์สุขภาพชุมชนธนวิธิ, 2562) โดยเลือกนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนคณะราษฎรบำรุง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อยู่ในระดับมากกว่า +2 S.D. ถึงต่ำกว่าหรือเท่ากับ +3 S.D. โดยเทียบจากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเพศชายและหญิง อายุ 5-18 ปี ของกรมอนามัย ปี 2542 (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจ และได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองนักเรียนในการเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ จำนวนพี่น้อง สมาชิกในครอบครัว ที่มีรูปร่างอ้วน รายได้จากผู้ปกครองนำมาใช้ในโรงเรียนในแต่ละวัน บุคคลในบ้านที่จัดเตรียมและประกอบอาหาร จำนวนมื้อในการรับประทานอาหารต่อวัน มื้ออาหารที่รับประทานอาหารมากที่สุด ประเภทอาหารที่ชอบ และกิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่ของนักเรียนที่ปฏิบัติบ่อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยนำ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย

1) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 21 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนน 0-21 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ (ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยวดี ภาษา, 2556) ดังนี้ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 7.23-21.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 5.86-7.22 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า หรือเท่ากับ 5.85 คะแนน

2) ทศนคติต่อการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ และ 3) ความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบเลือกตอบตามมาตรวัดของ ลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 4 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มี คำถามทั้งทางบวกและทางลบ กำหนดเกณฑ์การให้ คะแนนดังนี้

ข้อคำถาม	ด้านบวก	ด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ (ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดี ภาษา, 2556) ดังนี้ ทศนคติต่อการบริโภคอาหารระดับสูง มีคะแนน เฉลี่ยระหว่าง 41.12-60.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 34.41-41.11 คะแนน และ ระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า หรือเท่ากับ 34.40 คะแนน และความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกินระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 35.35-40.00 คะแนน ระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 28.98-35.34 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า หรือ เท่ากับ 28.97 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ สร้าง ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สอบถาม เกี่ยวกับแหล่งขายอาหาร และการจัดการรายได้ของ นักเรียน จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะ คำถามโดยใช้คำตอบ ใช่ ด้านบวก =1 คะแนน ด้านลบ = 0 คะแนน และ ไม่ใช่ ด้านบวก = 0 คะแนน ด้านลบ = 1 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ (ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดี ภาษา, 2556) ดังนี้ ปัจจัยเอื้อระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 12.98-20.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน เฉลี่ยระหว่าง 9.74-12.97 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า หรือเท่ากับ 9.73 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเสริม สร้าง ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สอบถาม

เกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหาร และ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะ การออกแบบข้อคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท ได้กำหนดให้เลือกตอบ คำถาม 4 ระดับ ดังนี้ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ด้านบวก	ด้านลบ
เป็นประจำ	4	1
บ่อยครั้ง	3	2
บางครั้ง	2	3
ไม่เคยเลย	1	4

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ (ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดี ภาษา, 2556) ดังนี้ ปัจจัยเสริมระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 27.85-44.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน เฉลี่ย ระหว่าง 24.85-27.84 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า หรือเท่ากับ 24.84 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามตามมาตรวัดของ ลิเคิร์ท ได้กำหนดให้เลือกตอบคำถาม 4 ระดับ ดังนี้ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย โดย การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ (ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดี ภาษา, 2556) ดังนี้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับสูง มีคะแนน เฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน และ ระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำค่าที่ได้มาหาค่าดัชนีความ สอดคล้อง ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.76-1.00 เมื่อนำ แบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีน้ำหนัก เกินเกณฑ์ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1- ม.3) โรงเรียนเทศบาล 4 อำเภอเมือง จังหวัด ยะลา จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ของเครื่องมือ โดยการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร ความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.97, 0.83, 0.85, 0.88, 0.82 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างภาคเรียนที่ 2 ประจำปีการศึกษา 2561 โดยการติดต่อประสานงานผ่านครูอนามัยโรงเรียน และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนคณะราษฎรบำรุง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา และดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา เลขที่ใบรับรองจริยธรรม 020/2561 ลงวันที่ 15 มกราคม 2562

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 191 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.88 เพศชาย ร้อยละ 47.12 มีพี่น้องจำนวน 2 คน ร้อยละ 53.40 มีสมาชิกในครอบครัวที่มีรูปร่างอ้วน ร้อยละ 89.01 ได้รับเงินจากผู้ปกครองเพื่อนำมาใช้ในแต่ละวันที่โรงเรียน จำนวน 51 บาทขึ้นไป ร้อยละ 70.16 บุคคลในบ้านที่ประกอบอาหารและจัดเตรียม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

อาหารคือมารดา ร้อยละ 59.68 จำนวนการรับประทานอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 67.53 ส่วนใหญ่จะชอบรับประทานอาหารมื้อเย็นในปริมาณมากที่สุด ร้อยละ 46.07 ประเภทอาหารที่ชอบรับประทานจะเป็นอาหารฟาสต์ฟู้ดส์แบบไทย และแบบตะวันตก ร้อยละ 42.93 และ 35.08 ตามลำดับ กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่จะดูโทรศัพท์ และเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 72.77 ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร และความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.74, 50.78 และ 43.46 ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และการจัดการรายได้ของนักเรียน) ส่วนมากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.79 และปัจจัยเสริม (การรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน) ส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.84 ดังตารางที่ 2

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.14, S.D. = 0.32) โดยพฤติกรรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับประทานอาหารจานด่วน (Mean = 3.31, S.D. = 0.46) รองลงมาคือ พฤติกรรมกินขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ขณะดูโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือ (Mean = 3.27, S.D. = 0.45) ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ดื่มนมสดพร่องมันเนยไขมันต่ำ (Mean = 3.01, S.D. = 0.10) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และการจัดการรายได้ของนักเรียน และปัจจัยเสริมประกอบด้วยการรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหาร และแรงสนับสนุน

จากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน มีความสัมพันธ์ น้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา
ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภค อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 4
อาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=191)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	90	47.12
หญิง	101	52.88
จำนวนพี่น้อง		
1 คน	61	31.94
2 คน	102	53.40
มากกว่า หรือเท่ากับ 3 คน	28	14.66
สมาชิกในครอบครัวที่มีรูปร่างอ้วน		
ไม่มี	21	10.99
มี	170	89.01
รายได้จากผู้ปกครองนำมาใช้ในโรงเรียนในแต่ละวัน		
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 50 บาท	57	29.84
จำนวน 51 บาทขึ้นไป	134	70.16
บุคคลในบ้านที่จัดเตรียมและประกอบอาหาร		
มารดา	114	59.68
บุคคลอื่นในครอบครัวเตรียมให้	64	33.51
ซื้อมารับประทานเอง/เตรียมเอง	13	6.81
จำนวนมือในการรับประทานอาหารต่อวัน		
1 มือ	2	1.06
2 มือ	60	31.41
มากกว่า หรือเท่ากับ 3 มือ	129	67.53
มืออาหารที่รับประทานอาหารมากที่สุด		
มือเช้า	18	9.42
มือกลางวัน	83	43.46
มือเย็น	88	46.07
มือว่างปาย	2	1.05
ประเภทอาหารที่ชอบรับประทาน		
อาหารฟาสต์ฟู้ดส์แบบตะวันตก	67	35.08
อาหารฟาสต์ฟู้ดส์แบบไทย	82	42.93
อื่นๆ (อาหารทะเล, ขนมขบเคี้ยว, ผัก	42	21.99
ผลไม้ต่างๆ ฯลฯ		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=191) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่ของนักเรียนที่ปฏิบัติบ่อยที่สุด		
ดูโทรทัศน์ และเล่นคอมพิวเตอร์	139	72.77
นอน	27	14.14
ออกกำลังกาย	12	6.28
อ่านหนังสือการ์ตูน	13	6.81

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร ความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (n=191)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	Mean (S.D.)
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร			6.54 (1.38)
สูง (7.23 – 21.00 คะแนน)	42	21.99	
ปานกลาง (5.86 – 7.22 คะแนน)	95	49.74	
ต่ำ (0.00 - 5.85 คะแนน)	54	28.27	
ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร			37.76 (6.71)
สูง (41.12 – 60.00 คะแนน)	41	21.47	
ปานกลาง (34.41 – 41.11 คะแนน)	97	50.78	
ต่ำ (15.00 – 34.40 คะแนน)	53	27.75	
ความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน			32.16 (6.38)
สูง (35.35 – 40.00 คะแนน)	70	36.65	
ปานกลาง (28.98 – 35.34 คะแนน)	83	43.46	
ต่ำ (10.00 – 28.97 คะแนน)	38	19.90	
ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และการจัดการรายได้ของนักเรียน)			11.36 (3.25)
สูง (12.98 – 20.00 คะแนน)	76	39.79	
ปานกลาง (9.74 – 12.97 คะแนน)	45	23.56	
ต่ำ (0.00 – 9.73 คะแนน)	70	36.65	
ปัจจัยเสริม (การรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน)			26.35 (3.01)
สูง (27.85 – 44.00 คะแนน)	63	32.98	
ปานกลาง (24.85 – 27.84 คะแนน)	50	26.18	
ต่ำ (11.00 – 24.84 คะแนน)	78	40.84	

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ และโดยภาพรวม (n=191)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	Mean	S.D.	ระดับ
1. รับประทานอาหารจานด่วน	3.31	0.46	ปานกลาง
2. ดื่มนมสดพร้อมมันเนย ไขมันต่ำ	3.01	0.10	ปานกลาง
3. ดื่มนมที่มีรสหวาน และรสช็อกโกแลต	3.02	0.14	ปานกลาง
4. กินขนมขบเคี้ยว	3.14	0.35	ปานกลาง
5. กินผลไม้รสหวาน	3.06	0.24	ปานกลาง
6. สั่งอาหารประเภท ต้ม นึ่ง มารับประทาน	3.14	0.35	ปานกลาง
7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ผัด ทอด	3.10	0.30	ปานกลาง
8. อ่านฉลากข้อมูลโภชนาการทุกครั้งก่อนกิน	3.20	0.40	ปานกลาง
9. กินขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ขณะดูโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือ	3.27	0.45	ปานกลาง
10. รับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ	3.04	0.19	ปานกลาง
11. กินอาหารหลักมากกว่า 3 มื้อ	3.11	0.31	ปานกลาง
12. กินอาหารจำพวก และหมดภายในเวลาอันรวดเร็ว	3.13	0.34	ปานกลาง
13. มีเวลาว่างจะกินตลอด	3.25	0.43	ปานกลาง
14. เคี้ยวอาหารจนละเอียดทุกคำก่อนกลืน	3.09	0.29	ปานกลาง
15. ปูรองสก่อนชิม เมื่อสั่งอาหารมารับประทาน	3.24	0.43	ปานกลาง
โดยรวม	3.14	0.32	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร ความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา (n=191)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	0.257	0.000*
ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหาร	0.088	0.965
ความเชื่อต่อภาวะน้ำหนักเกิน	-0.026	0.620
ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และการจัดการรายได้ของนักเรียน)	0.391	0.000*
ปัจจัยเสริม (การรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน)	0.315	0.000*

*p-value < 0.01

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ และคณะ (2560) ที่พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม มีระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของจิราภรณ์ เรืองยิ่ง และคณะ (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในเขตอำเภอเมือง ผู้ปกครองของนักเรียนต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่มีเวลาควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างใกล้ชิด จึงทำให้เกิดพฤติกรรมหาอาหารจานด่วนมารับประทาน และกินขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ขนมดูโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือ ส่งผลให้เด็กมีภาวะน้ำหนักเกิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา แสดงให้เห็นว่าการที่เด็กวัยเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคที่ถูกต้อง ได้รับการเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภค จะส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดียิ่งขึ้นถึงแม้จะเป็นเพียงความสัมพันธ์ในระดับต่ำก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัชชา ยันติ และคณะ (2563) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างอ่านฉลากโภชนาการก่อนซื้ออาหารสำเร็จรูปบ่อยครั้ง และมีการคำนวณปริมาณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหารเป็นบางครั้ง ซึ่งฉลากโภชนาการเป็นแหล่งข้อมูลในการรับรู้สารอาหารในผลิตภัณฑ์ที่สำคัญของผู้บริโภค โดยส่วนใหญ่แล้วผู้บริโภคจะอ่านฉลาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

โภชนาการเพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ให้กับตนเอง (Christoph *et al.*, 2016) ดังนั้นควรส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากโภชนาการที่ถูกต้อง ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการอ่านและการใช้ประโยชน์จากการอ่านฉลากโภชนาการให้มากขึ้น เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งขายอาหารและการจัดการรายได้ของนักเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ แสดงให้เห็นว่าหากนักเรียนสามารถเข้าถึงแหล่งขายอาหารได้ง่ายก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่น่าไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินได้ง่าย ซึ่งตามแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005 อ้างถึงใน จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) กล่าวไว้ว่าปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของศศิกร เสือแก้ว (2553) พบว่าโรงเรียนที่มีร้านสะดวกซื้อที่นักเรียนสามารถซื้ออาหารหรือขนมได้ทุกวัน จะส่งผลให้นักเรียนมีภาวะโภชนาการเกิน แสดงให้เห็นว่าโรงเรียนควรมีการรณรงค์ให้ลดการจำหน่ายอาหารหรือขนมที่มีรสหวานในโรงเรียน และรอบโรงเรียน

การที่นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองเพื่อนำมาใช้ในแต่ละวันที่โรงเรียน จำนวน 51 บาทขึ้นไป ร้อยละ 70.16 ซึ่งอาจเกินความจำเป็นในการใช้จ่ายในแต่ละวัน เมื่อมีเงินเหลือในแต่ละวันนักเรียนใช้ซื้อขนมขบเคี้ยว ไอศกรีม ช็อกโกแลต น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม อมยิ้ม เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นอาหารที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน เช่นเดียวกับการศึกษาการจัดการรายได้ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่านักเรียนที่ได้รับเงินเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีเงินเหลือเก็บไม่ใช้เงินมีค่าเฉลี่ยของการป้องกันภาวะอ้วนสูงที่สุด (ศศิกร เสือแก้ว, 2553) แตกต่างจากการศึกษาของจิราภรณ์ เรืองยิ่ง และคณะ (2559) ที่พบว่าครอบครัวนักเรียนบางคนและผู้ปกครองมีรายได้สูง มิได้หมายความว่า

พฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องเสมอไป เพราะพฤติกรรมการบริโภคอาหารขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆหลายปัจจัย

ปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหารและแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์ (2556) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ เนื่องจากผลของสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้การดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์เปลี่ยนไป เทคโนโลยีทำให้เกิดความสะดวกสบาย กระแสบริโภคนิยมเพิ่มขึ้น ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารในด้านที่กระตุ้นการบริโภคนิยมเพิ่มขึ้น เห็นได้จากร้านอาหารฟาสต์ฟู้ดที่มีมากขึ้น ความนิยมในการรับประทานอาหารที่ง่ายและรวดเร็วมีเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ต้องการแรงกระตุ้นหรือแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อนที่นักเรียนยอมรับ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำ ดังนั้นการส่งเสริมเด็กไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินจึงควรต้องได้รับการกระตุ้นหรือการสนับสนุนจากบุคคลดังกล่าวอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ปกครอง และครู (พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2557; อภิญา อุตรระชัย และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2556) ซึ่งตามแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED

MODEL (Green & Kreuter, 2005 อ้างถึงใน จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) กล่าวไว้ว่า ปัจจัยเสริมคือปัจจัยที่บุคคลได้รับการตอบสนองจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งจากตนเองและบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์ ฯลฯ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะทำหน้าที่สนับสนุนให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (จิตร มั่งมี, 2555; จิราภรณ์ ปัญญารัตน์โชติ และคณะ, 2560) ดังนั้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ครู และเพื่อน ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยมีการใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคเชิงลึกของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์นำไปสู่การจัดทำรูปแบบ/โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ในเด็กวัยเรียนต่อไป

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนในโรงเรียนสังกัดอื่นๆ เช่น โรงเรียนเอกชน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอบคุณนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับเขตสุขภาพ. [online]. [สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม. 2561]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/overweightstudent/index?year=2018>
- กัลยาณี โนอินทร์. (2560). ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย. วารสารทหารบก, 18(พิเศษ), 1-8.

- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิตร มั่งมี. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธิตศาสตรมหาบัณฑิต. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- จิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ, ชัญญูชิตาสุขภูมิ ทุลศิริ และสมสมัย รัตนกริฑากุล. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(2), 43-56.
- จิราภรณ์ เรืองยิ่ง, สุจิตรา จรจิตร และกานดา จันทร์แย้ม. (2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในจังหวัดสงขลา: การสังเคราะห์องค์ความรู้และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่, 8(1), 245-264.
- ชุตินา ศิริกุลชยานนท์. (2558). โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน จากอนุสู่ชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัชชา ยันติ, อธิญา อุตระชัย และกริช เรืองไชย. (2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ปาริชาติ โรจน์พลการ-ภูษ และยุวดี ภาษา. (2556). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- ประกาย จิโรจน์. (2556). การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ปุลวิช ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2555). ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กไทย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 18(3), 287-297.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์, ปัญกรณ์ ยะเกษม และนุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 20(1), 30-43.
- ศศิกร เสือแก้ว. (2553). การป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ปริญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ศุณย์สุภาพชุมชนธนวิถิ. (2562). รายงานผลการตรวจสุขภาพนักเรียน ประจำปีการศึกษา 2561. ยะลา: ศุณย์สุภาพชุมชนธนวิถิ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา. (2559). รายงานการเฝ้าระวังโภชนาการในเด็กวัยเรียน อายุ 7 - 12 ปี ปีงบประมาณ 2559. ยะลา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยะลา จังหวัดยะลา.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อและแก้ปัญหาเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC. นนทบุรี: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

- เสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักตัวเกิน. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. นครปฐม:มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อภิญญา อุตรระชัย และพรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 28(4), 469-476.
- Christoph, M. J., An, R., & Ellison, B. (2016). Correlates of nutrition label use among college students and young adults: a review. Public health nutrition, 19(12), 2135-2148.
- Green, L. W., & Kreuter, M.W. (2005). Health Program Planning an Educational and Ecological Approach. New York: Quebecor World Fairfield.
- World Health Organization. (2020). Obesity and overweight [online]. [cited May 6, 2020]; Available from:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

Preparedness of the Pre-Aging Population Entering an Aging Society, Mae Tha District, Lampang Province

กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา* วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)
สยามภู ใสทา** ประ.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)

Kritsanapong Duangsupa* B.Sc. (Public Health)
Sayambhu Saita** Ph.D. (Tropical Medicine)

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาคต Ban Na Kot Sub-District Health Promoting Hospital

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang Campus

Received: May 10, 2021

Revised: Jun 13, 2021

Accepted: Jun 22, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างอายุ 55-59 ปี ตำบลป่าตัน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 245 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square test ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.35 ระดับต่ำ ร้อยละ 28.16 และระดับสูง ร้อยละ 24.49 การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยและด้านสังคมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 62.45 และ 56.33 ตามลำดับ ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 44.08 ส่วนด้านเศรษฐกิจอยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 55.51 ปัจจัยด้านจำนวนบุตรอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน และการมีเงินออมของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้นประชากรก่อนวัยสูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้มีรายได้ที่มั่นคงและมีเงินออม ควรส่งเสริมให้มีการออม การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพช่องปาก และการวางแผนการอยู่ร่วมกันในครอบครัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, สังคมสูงวัย, ประชากรก่อนวัยสูงอายุ

ABSTRACT

The cross-sectional study aimed to explore factors relating to preparedness of pre-aging population to enter the aging society in Lampang province. The method of the study took data from an interview with a questionnaire from 245 samples aged between 55-59 years old in Pa Tan sub-district, Mae Ta district. Analysis of the data described statistically relationships of variables by Chi-square tests. Results of the study declared that readiness to the aging society engagement were in different levels of a high 24.49%, a moderate 47.35% and a low 28.16%. Factors of housing and social preparations were at high levels of 62.45% and 56.33%, respectively. While health and economic circumstances were in different levels of a moderate 44.08% and a low 55.51% respectively. Factors related to overall preparedness for the aging society at statistical significance (p -value<0.05) were the number of children raised, occupation, average monthly income, average monthly family income, and family savings. Suggested that the aged persons in the community should be encouraged to hold steady their incomes and savings, to maintain health status such as consume milk and good foods, checkup physical and oral health regularly, and keep a family tie peacefully when entering an older age.

Key words: Preparedness, Aging Society, Pre-aging population

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่สำคัญโดยเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (Aging society) ซึ่งในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรในประเทศ ซึ่งในปี 2562 ประเทศไทยมีผู้สูงอายुर้อยละ 16.7 จังหวัดที่มีร้อยละผู้สูงอายุน้อยที่สุดในประเทศ ได้แก่ สิงห์บุรี ลำปาง ลำพูน แพร่ และสมุทรสงคราม (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) จังหวัดลำปางได้เข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์และมีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี 2562 มีผู้สูงอายुर้อยละ 23.6 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558 ที่มีผู้สูงอายुर้อยละ 20.3 (สำนักงานสถิติจังหวัดลำปาง, 2562) โดยอำเภอแม่ทะมีประชากรสูงอายुर้อยละ 30.4 และมีประชากรก่อนวัยสูงอายุก่อนวัย 55-59 ปี ร้อยละ 11.0 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2563) จากรายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอแม่ทะปี 2563 พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ

15.3 โรคเบาหวานร้อยละ 7.45 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 46.6 มีดัชนีมวลกายอยู่ระดับเริ่มอ้วน-อ้วนอันตรายร้อยละ 15.1 เคยมีการหกล้มร้อยละ 2.4 เป็นผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 2.6 ติดเตียงร้อยละ 0.3 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2563) ผลการสำรวจข้อมูลด้านเศรษฐกิจพบว่าสัดส่วนคนจนในจังหวัดลำปางร้อยละ 5.3 และนอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมากถึงร้อยละ 65.0 (สำนักงานสถิติจังหวัดลำปาง, 2562)

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ข้างต้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการเตรียมความพร้อมประชากรที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ และการพัฒนาส่งเสริมประชากรก่อนวัยสูงอายุให้เกิดการปรับตัวจะช่วยลดผลกระทบและภาวะเสี่ยงจากปัญหาการดำรงชีวิต และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ควรมีการเตรียมความพร้อมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวง

การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2561) โดยพบว่าปัจจัยระดับบุคคลและระดับครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย (ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ, 2560; อารีย์ สงวนชื่อ และคณะ, 2561) ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ เพื่อใช้ในวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ตรงความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปางต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2563 ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี อาศัยใน 9 หมู่บ้านของตำบลป่าตัน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 529 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา และกำหนดค่าสัดส่วนประชากรในการศึกษาเชิงสำรวจที่ให้จำนวนขนาดตัวอย่างมากที่สุดเท่ากับ 0.50 และกำหนดค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.05 (จุฬาลักษณ์ โกมลตรี, 2555) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 223 คน ทั้งนี้ป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 245 คน จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านโดยคิดเป็นสัดส่วนกับประชากรแต่ละหมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากชื่อของผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี แยกตามหมู่บ้าน เมื่อสุ่มตัวอย่างได้แล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเดิมและดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ที่ถูกสุ่มเลือกใหม่

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ดำเนินการหลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้นำชุมชน และอบรมผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ทดลองใช้แบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง ดำเนินการสุ่มตัวอย่างและแจ้งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างให้แก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อนัดหมายและดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำมาลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนบุตร อาชีพ บทบาทหรือตำแหน่งในชุมชน ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามครัวเรือน จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ของครัวเรือน การออมเงินของครัวเรือน

ส่วนที่ 3 การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ 4 ด้าน จำนวนทั้งหมด 40 ข้อประกอบด้วย

1. ด้านเศรษฐกิจ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการจัดแบ่งเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย การสะสมเงินจากการประกอบอาชีพ การประเมินรายรับ-รายจ่าย การสะสมเงินกับสถาบันการเงินในรูปแบบต่างๆ การชำระหนี้สิน การประกอบอาชีพเสริม การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการต่างๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การวางแผนซื้อกรรมธรรม์ประกันส่วนบุคคล และการจัดทำพินัยกรรมเพื่อแบ่งทรัพย์สิน จำนวน 13 ข้อ

2. ด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหาร การดื่มนม การดื่มน้ำ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพ การแปรงฟัน การนอนหลับ การจัดการความเครียด และการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ

3. ด้านที่อยู่อาศัย เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการมีที่ดินและบ้านเป็นของตนเอง การปรับปรุงบ้านให้มีความมั่นคงแข็งแรงและมีสิ่งอำนวยความสะดวก การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และการเตรียมบ้านให้มีรั้วรอบขอบชิด จำนวน 4 ข้อ

4. ด้านสังคม เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการวางแผนและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันภายในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านในชุมชน การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชน และการติดตามข่าวสารรอบตัว จำนวน 9 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามทั้ง 4 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยแบ่งการเตรียมความพร้อมเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	หมายถึง
0	ไม่ได้เตรียมความพร้อม
1	การเตรียมความพร้อมเล็กน้อย
2	การเตรียมความพร้อมพอประมาณ
3	การเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดี

โดยคะแนนเต็มการเตรียมความพร้อมภาพรวมเท่ากับ 120 คะแนน แบ่งเป็นด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 39 คะแนน ด้านสุขภาพเท่ากับ 42 คะแนน ด้านที่อยู่อาศัยเท่ากับ 12 คะแนน และด้านสังคมเท่ากับ 27 คะแนน การแปลผลระดับการเตรียมความพร้อมภาพรวมและรายด้านจากคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

- คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับการเตรียมความพร้อมสูง
- คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับการเตรียมความพร้อมปานกลาง
- คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับการเตรียมความพร้อมต่ำ

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุของภาณุวัฒน์ มีชนะและคณะ (2560) โดยการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.75-0.85 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยหาความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha) มีค่าเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครัวเรือนกับระดับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยทั้งภาพรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จังหวัดลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2563-134 โดยมีผลการพิจารณาเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2563

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลและครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง 245 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.88 เพศชาย ร้อยละ 46.12 อายุ 55-57 ปีมากที่สุด ร้อยละ 61.63 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 65.31 และมีจำนวนบุตรมากกว่า หรือเท่ากับ 2 คน ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 71.42 ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทหรือตำแหน่งในชุมชน ร้อยละ 73.10 มีรายได้น้อยกว่า 6,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 70.20 ครัวเรือนมีจำนวนสมาชิก 3-4 คน ร้อยละ 57.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยน้อยกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัดลำปาง (23,929 บาท) ร้อยละ 75.91 และครัวเรือนส่วนใหญ่มีการออมเงิน ร้อยละ 83.27 ดังตารางที่ 1

2. การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.35 ระดับสูง ร้อยละ 24.49 และระดับต่ำ ร้อยละ 28.16 ดังภาพที่ 1 โดยมีการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในแต่ละด้านดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=245)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครัวเรือน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	113	46.12
หญิง	132	53.88
อายุ		
55-57 ปี	151	61.63
58-59 ปี	94	38.37
Mean=56.97, S.D.=1.39, Min=55, Max=59		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	2.85
ประถมศึกษา	160	65.31
มัธยมศึกษาขึ้นไป	78	31.84
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	17	6.94
มีบุตร 1 คน	81	33.06
มีบุตร ≥ 2 คน	147	60.00
อาชีพ		
ค้าขายและรับราชการ	52	21.22
เกษตรกรและรับจ้าง	175	71.42
ว่างงาน	18	7.36
การมีบทบาทหรือตำแหน่งในชุมชน		
มี	66	26.90
ไม่มี	179	73.10
รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน)		
< 6,000 บาท	172	70.20
≥ 6,000 บาท	73	29.80
Mean=5,785.24, S.D.=20,050.23, Min=0, Max=43,500		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
1-2 คน	21	8.57
3-4 คน	142	57.96
≥ 5 คน	82	33.47
รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย (ต่อเดือน)		
< รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัดลำปาง*	186	75.91
≥ รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัดลำปาง*	59	24.09
Mean=21,147.76, S.D.=35,745.99, Min=1,200, Max=300,000		
การมีเงินออมของครัวเรือน		
มี	204	83.27
ไม่มี	41	16.73

* รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนของจังหวัดลำปางปี 2562 เท่ากับ 23,929 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562)

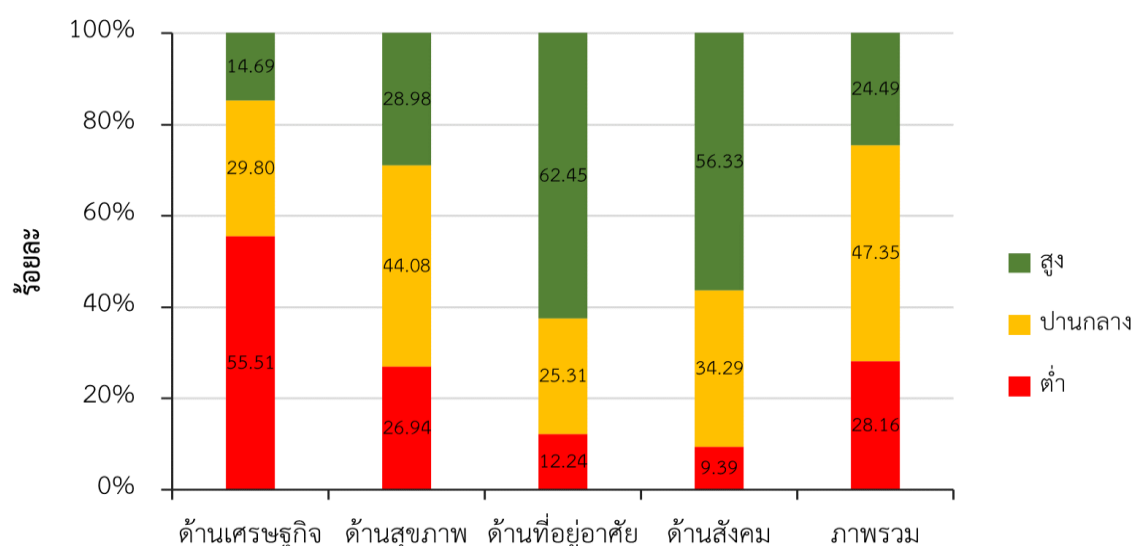
2.1 ด้านเศรษฐกิจ มีการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยด้านเศรษฐกิจภาพรวม อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 55.51 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมพอประมาณในด้านการจัดแบ่งเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 44.49 การประเมินรายรับรายจ่ายทุกเดือนร้อยละ 40.82 การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการต่างๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายुर้อยละ 39.18 และการสะสมเงินจากการประกอบอาชีพทุกเดือนเพื่อไว้ใช้ในวัยสูงอายुर้อยละ 38.37 กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดีในด้านการจัดทำพินัยกรรมเพื่อแบ่งทรัพย์สินมรดกอย่างให้กับบุคคลที่ตั้งใจให้ผลประโยชน์ร้อยละ 33.88 อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านการสะสมเงินในรูปแบบกลุ่มแชร์กับเพื่อนบ้านในชุมชนร้อยละ 44.49 และการซื้อกรมธรรม์ประกันส่วนบุคคลร้อยละ 26.53

2.2 ด้านสุขภาพ มีการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.08 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50.00 มีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดีด้านการดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงประเภทผักและผลไม้ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง และกลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อม

เล็กน้อยในด้านการดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1-2 แก้ว ร้อยละ 32.65 และตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งร้อยละ 30.61

2.3 ด้านที่อยู่อาศัย มีการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในภาพรวม อยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.45 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดีทั้งในด้านการมีที่ดินและบ้านเป็นของตัวเองร้อยละ 72.65 การเตรียมบ้านให้มีรั้วรอบขอบชิดร้อยละ 64.08 การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุร้อยละ 60.00 และการปรับปรุงบ้านให้มีความมั่นคงแข็งแรงและมีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายुर้อยละ 55.10

2.4 ด้านสังคม มีการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในภาพรวม อยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.33 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดีทั้งในด้านการมาพบปะญาติพี่น้องในวันเทศกาลหรือวันสำคัญต่างๆ และการช่วยดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวร้อยละ 67.35 การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือสังคมร้อยละ 57.14 และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีต่างๆ ร้อยละ 56.73 และกลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมพอประมาณในด้านการวางแผนการอยู่ร่วมกันในครอบครัวเมื่อต้องเข้าสู่วัยสูงอายुर้อยละ 46.94



ภาพที่ 1 ระดับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครัวเรือนกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและครัวเรือนที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนบุตร อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน และการมีเงินออมของครัวเรือน โดยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรจำนวนหนึ่งคนมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 32.10 และ 58.02 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 41.50

กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพค้าขายและรับราชการ มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 44.23 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไปมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 50.86 และ 31.43 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 6,000 บาทขึ้นไปมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 35.62 และ 47.95 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 6,000 บาทมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 47.09

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนของจังหวัดลำปางมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 27.12 และ 57.63 ตามลำดับ ส่วนรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนจังหวัดลำปางมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 32.26

กลุ่มตัวอย่างที่ครัวเรือนมีเงินออมมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 27.45 และ 50.00 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ครัวเรือนไม่มีเงินออมมีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 56.10 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครัวเรือนกับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยภาพรวม (n=245)

ปัจจัยส่วนบุคคลและ ครัวเรือน	ระดับการเตรียมความพร้อม						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								
ชาย	30	26.55	59	52.21	24	21.24	2.148	0.342
หญิง	39	29.55	57	43.18	36	27.27		
อายุ								
55-57 ปี	40	26.49	76	50.33	35	23.18	1.408	0.495
58-59 ปี	29	30.85	40	42.55	25	26.60		
จำนวนบุตร								
ไม่มีบุตร	5	29.41	8	47.06	4	23.53	20.711	<0.001*
มีบุตร 1 คน	8	9.88	47	58.02	26	32.10		
มีบุตร ≥ 2 คน	56	38.10	61	41.50	30	20.40		
อาชีพ								
ค้าขายและรับราชการ	11	21.15	18	34.62	23	44.23	16.807	0.002*
เกษตรกรและรับจ้าง	55	31.43	89	50.86	31	17.71		
ว่างงาน	3	16.67	9	50.00	6	33.33		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครัวเรือนกับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยภาพรวม
(n=245) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและ ครัวเรือน	ระดับการเตรียมความพร้อม						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การมีบทบาทหรือตำแหน่งในชุมชน								
มี	14	21.21	36	54.55	16	24.24	2.541	0.281
ไม่มี	55	30.73	80	44.69	44	24.58		
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้ศึกษา	1	14.29	4	57.14	2	28.57	5.722	0.221
ประถมศึกษา	53	33.13	71	44.37	36	22.50		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	15	19.23	41	52.56	22	28.21		
รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน)								
< 6,000 บาท	57	33.14	81	47.09	34	19.77	10.340	0.006*
≥ 6,000 บาท	12	16.43	35	47.95	26	35.62		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน								
1-2 คน	9	42.86	7	33.33	5	23.81	8.162	0.086
3-4 คน	32	22.54	69	48.59	41	28.87		
≥ 5 คน	28	34.15	40	48.78	14	17.07		
รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย (ต่อเดือน)								
< รายได้ครัวเรือน เฉลี่ยของจังหวัดลำปาง	60	32.26	82	44.08	44	23.66	6.552	0.038*
≥ รายได้ครัวเรือน เฉลี่ยของจังหวัดลำปาง	9	15.25	34	57.63	16	27.12		
การมีเงินออมของครัวเรือน								
มี	46	22.55	102	50.00	56	27.45	19.820	<0.001*
ไม่มี	23	56.10	14	34.15	4	9.75		

* p-value<0.05

อภิปรายผล

1. การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย

การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 47.35 แสดงให้เห็นว่าประชากรก่อนวัยสูงอายุตำบลป่าตันมีการเตรียมความพร้อมในระดับหนึ่ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไปที่ต้องใช้แรงงาน มีสภาพร่างกายที่

แข็งแรงสามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ประกอบกับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลป่าตันนาครี อำเภอมะเข มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ และให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนวัยสูงอายุ ทั้งด้านการบริการสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพ และการวางแผนครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ

วรรณรา ชื่นวัฒนา และชูชีพ เปียดนอก (2555) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.60

การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยและด้านสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 62.45 และ 56.33 ตามลำดับ ด้านที่อยู่อาศัยมีที่ดินและบ้านเป็นของตัวเอง การเตรียมบ้านให้มีรั้วรอบขอบชิด และการดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัว การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและด้านสังคมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากการมีบ้านและที่ดินเป็นของตัวเองเป็นผลของการสะสมรายได้จากการประกอบอาชีพและทรัพย์สินของครอบครัวเพื่อเป็นหลักประกันในบั้นปลายของชีวิต (ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ, 2560; ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา, 2562) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือนหลายคนจึงจำเป็นต้องมีบ้านเป็นของตนเองเพื่อความสะดวกสบายในการอยู่อาศัยของคนในครัวเรือน มีรั้วรอบขอบชิดปลอดภัยต่อการอยู่อาศัย และเป็นมรดกให้แก่ลูกหลาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการช่วยดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี เนื่องจากตำบลป่าตันเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทและยังมีการอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยายมีความสัมพันธ์กับแบบเครือญาติ จึงทำให้เกิดการดูแลเอาใจใส่กันในครอบครัว เกิดความรักใคร่และช่วยเหลือพึ่งพากันได้ ซึ่งการอยู่อาศัยในครอบครัวขยายจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวทั้งด้านการดำรงชีวิต และการดูแลสุขภาพ (ชลธิชา อัครนิรันดร์ และวิราภรณ์ โพธิศิริ, 2558; บัณฑิตา อินสมบัติ, 2558)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและครัวเรือนที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยภาพรวม ได้แก่ จำนวนบุตร อาชีพ รายได้เฉลี่ย รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย และการมีเงินออมของครัวเรือน สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรจำนวน 1 คน มีการเตรียมความพร้อมระดับปานกลาง การมีบุตรคนเดียวอาจ

ทำให้บุตรต้องอยู่อาศัยร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดูแลและเกื้อกูลบิดามารดาของตนเอง และบิดามารดายังสามารถเกื้อกูลด้านการเงินแก่บุตรได้อย่างเพียงพอ จึงทำให้สามารถเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา อัครนิรันดร์ และวิราภรณ์ โพธิศิริ (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสแบ่งปันให้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรที่อยู่ครัวเรือนเดียวกัน ถึงแม้จะมีบุตรจำนวนหลายคน เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วโอกาสที่จะได้รับการดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันจากบุตรมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงต้องช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจแก่บุตร

การประกอบอาชีพและรายได้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยที่ดี โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขายและรับราชการซึ่งเป็นอาชีพที่มีรายได้ประจำ อาจทำให้สามารถจัดสรรเงินในการสะสมการใช้จ่าย และการปรับปรุงที่พักอาศัยรวมถึงสภาพแวดล้อมให้ดีต่อการดำรงชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของกอบปรกมล ศรีภิรมย์ และสหพัฒน์ บัณฑิตรักษ์ (2563) ที่พบว่า การมีรายได้เฉลี่ยที่มากมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัยที่ดีกว่า การมีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่ารายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัดลำปางมีการเตรียมความพร้อมในระดับปานกลาง เนื่องจากครัวเรือนสามารถวางแผนรายรับรายจ่ายให้สมดุลต่อการครองชีพภายในจังหวัด และลดความเสี่ยงของการใช้จ่ายที่ไม่คาดคิด เช่น ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายฉุกเฉินของสมาชิกในครัวเรือน รายได้ครัวเรือนยังส่งผลต่อการมีเงินออมของครัวเรือนทั้งรูปแบบสถาบันการเงินและความถี่ของการออม ซึ่งถือเป็นการสร้างความมั่นคงทางการเงินเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (ญภัทรา ภูรภัทเกียรติกุล และธีรเดช สอนงทวีพร, 2562; Lyons *et al.*, 2018)

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยภาพรวม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และการมี

บทบาทหรือตำแหน่งในชุมชน สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงวัยสูงอายุ มีความถดถอยของการทำงานทางด้านร่างกายเหมือนกัน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาจมีความตระหนักต่อ ความความถดถอยที่เกิดขึ้นและส่งผลให้การเตรียมความพร้อมในระยะเริ่มต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ (2560) และกรีซ เกียรติญาณ และธันสถา โรจนตระกูล (2564) ที่พบว่า เพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยอาจเนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ ในปัจจุบันมีความสะดวกมากขึ้นหลากหลายช่องทาง ทำให้ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ข่าวสารที่ทันเหตุการณ์ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอ และนำมาสู่การตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ (2560) และตลนา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ สงวนชื่อ และคณะ (2561) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากสมาชิกในครัวเรือนส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุหรือเด็กอยู่ด้วย ตามบริบทของชุมชนในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะเป็นปู่-ย่า-ตา-ยาย มักเลี้ยงดูหลาน และต้องดูแลบิดามารดาที่เป็นผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้คำนึงถึงการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยมากนัก อย่างไรก็ตาม ชลธิชา อัครวินันดร และวิราภรณ์ โพธิศิริ (2558) กล่าวว่าสมาชิกในครัวเรือนอาจเป็นแรงสนับสนุนทางบุคคลที่สำคัญในดูแลและช่วยเหลือแก่บุคคลที่อยู่ร่วมกัน การมีบทบาทหรือตำแหน่งในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย

ในภาพรวม อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมด้านสังคมอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมกับชุมชนและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าของตนเองที่สามารถสร้างคุณประโยชน์แก่สังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกิจกรรมทางสังคมที่เน้นสัมพันธภาพในเชิงบวกในการทำกิจกรรมที่หลากหลาย ก็จะสามารถปรับตัวได้มากขึ้น และความพึงพอใจในชีวิตทำให้เกิดความสุขในดำเนินชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุควรกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในด้านการส่งเสริมอาชีพ เช่น การทำขนม การจักสาน เพื่อสร้างรายได้ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสะสมเงินในรูปแบบต่างๆ และการสร้างหลักประกันโดยการซื้อกรมธรรม์ประกันส่วนบุคคล และควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการวางแผนการอยู่ร่วมกันในครอบครัว โดยการจัดกิจกรรมหรือสนับสนุนกิจกรรมในชุมชนให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน แสดงความเห็นร่วมกันระหว่างผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี และสมาชิกในครัวเรือน และการปรับปรุงที่อยู่อาศัยภายในบ้านให้มีความปลอดภัย เพื่อสร้างคุณค่าและเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีคุณภาพ

2. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรแนะนำและให้ความสำคัญของการดื่มนม การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอมะแมะ จังหวัดลำปาง ที่สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการพัฒนางานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2562 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.dop.go.th/th/know/1/275>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2546-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สมิตดา.
- กอบปรกมล ศรีภิรมย์ และสหพัฒน์ บัณฑิตวงศ์. (2563). การเตรียมความพร้อมด้านการเงินและที่อยู่อาศัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 13(1), 46-55.
- กริช เกียรติญาณ และธนาธิภา โรจนตระกูล. (2564). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. Journal of Modern Learning Development, 6(2), 59-74.
- จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2555). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 20(3), 192-198.
- ชลธิชา อัครนิรันดร์ และวิราภรณ์ โพธิศิริ. (2558). การแลกเปลี่ยนการเกี่ยวพันระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรในประเทศไทย: สถานการณ์ แนวโน้ม และความแตกต่างทางเพศและอายุ. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 41(1), 105-120.
- ญภัทรา ภูริภักดิ์เกียรติกุล และธีรเดช สอนองทวีพร. (2562). สภาวะการออมของประชาชนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการและวิจัย มทร.พระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 4(2), 1-14.
- ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(3), 131-143.
- บัณฑิตา อินสมบัติ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15; วันที่ 23 กรกฎาคม 2558; นครสวรรค์.
- ภาณุวัฒน์ มีชนะ, นิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล และเพ็ญศรี พิชัยสนธิ. (2560). การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(1), 259-271.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา และชูชีพ เปียดนอก. (2555). การรับรู้และการเตรียมความพร้อมสำหรับประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 4(2), 197-208.
- สำนักงานสถิติจังหวัดลำปาง. (2562). วิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง [online]. [สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: http://lampang.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=423:2020-09-14-21-39-28&catid=105:2012-01-09-07-07-49&Itemid=657.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน เป็นรายภาค และจังหวัด พ.ศ. 2545 - 2562 [online]. [สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/08.aspx>

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2563). การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2564 [online]. [สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2563). ประชากรแบ่งตามเพศและกลุ่มอายุ [online]. [สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- อารีย์ สงวนชื่อ, พิษสุตา เดชบุญ, รัตนาภรณ์ อาษา, พิษณุวดี ศรีธนต์, ศศิธร นวนเทศ และณัฏชา คงมัน. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในเขตโรงงานอุตสาหกรรม อำเภอकिनทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารกรมการแพทย์, 43(4), 105-109.
- Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. Journal of gerontology, 27(4), 511-523.
- Lyons, A. C., Grable, J. E., & Joo, S. H. (2018). A cross-country analysis of population aging and financial security. The Journal of the Economics of Ageing, 12, 96-117.

ประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

Effectiveness of an Empowerment Program for Caregivers Giving Oral Health Care to the Bedridden Elderly, Tha Wang Pha District, Nan Province

วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง ท.บ. (ทันตแพทยศาสตร์)
ทัศนัย วงศ์ปิ่นตา ท.บ. (ทันตแพทยศาสตร์)

Woodtipong Thanakwang D.D.S (Doctor of Dental Surgery)
Tassanai Wongpinta D.D.S (Doctor of Dental Surgery)

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน The Dental Care Unit, Tha Wang Pha Hospital, Nan Province

Received: Sep 5, 2020

Revised: Dec 20, 2020

Accepted: Feb 9, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ที่มีต่อความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก ทักษะคิดและทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นคู่มือการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนร่วมกัน 2) การฝึกปฏิบัติโดยการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้คู่มือฯ 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ 4) การสะท้อนผลจากการปฏิบัติของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพช่องปาก ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลก่อนและหลังเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยสถิติค่าที (Paired t-test) ผลการศึกษาพบว่า หลังเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลมีระดับความรู้สุขภาพช่องปาก ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นในระดับสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง, ผู้ดูแล

ABSTRACT

The action research was to study effectiveness of an empowerment Program among 126 caregivers who provided an oral health care for the bedridden elderly in Tha Wang Pha District, Nan Province concerning the terms of knowledge, attitudes, skills, and participation. The research instruments composed of a handbook taking care of an oral health and a questionnaire collecting the data before and after the empowerment program. The implementing steps were 1) joint planning among caregivers 2) doing by training with education, practices and using the handbook 3) home visiting and 4) reflecting of the practices. Data were analyzed by descriptive statistics. A paired t-test was pursued the comparison of the mean scores of knowledge, attitudes, skills, and participation scores from taking care the oral health in the bedridden elderly before and after the empowerment program. The results revealed that after the implementation of the empowerment program, the caregivers had mean scores of knowledge, attitudes, skills, and participation for care giving of the oral health higher than that of before the empowerment at a statistical significance level of 0.05. The findings suggested that caregivers for the aging people are enabled to promote the empowerment participation in an oral health care, including other health conditions in the bedridden elderly.

Key words: Empowerment program, Oral healthcare, Bedridden elderly, Caregivers

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอัตราผู้สูงอายุในหลายประเทศทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน และอีก 20 ปีข้างหน้า ในปี 2581 ประชากรสูงอายุไทยจะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกเกือบเท่าตัวเป็น 20 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) การเปลี่ยนแปลงระบบของร่างกายของผู้สูงอายุจะเป็นไปในทางเสื่อมถอยหลายด้าน แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ นำไปสู่ภาวะติดบ้านติดเตียงหรือมีภาวะพึ่งพิง (กรมอนามัย, 2558) โดยปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อย จำเป็นต้องได้รับการประเมินและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตน, 2561) จากข้อจำกัดในหลายด้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองทางด้านทันตสุขภาพได้

จึงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทันตสุขภาพรุนแรงในอนาคตได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งสามารถตรวจพบเชื้อก่อโรคได้ในน้ำลายของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (กรมการแพทย์, 2562)

อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ปี 2562 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 9,330 คน คิดเป็นร้อยละ 25.48 ของประชากรทั้งหมด โดยจำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คิดเป็นร้อยละ 97.80 มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 94.75 มีฟันคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ คิดเป็นร้อยละ 93.80 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 1.63 มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 86.84 มีฟันคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ คิดเป็นร้อยละ 74.24 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.57 มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.32 มีฟันคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 (โรงพยาบาลท่าวังผา, 2562) จะเห็นได้ว่าในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีปัญหาทางทันตสุขภาพเป็นจำนวนที่สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น โดยพบว่ามีฟันที่

เหลือเกือบร้อยละ 90 มีฟันแท้ไม่ครบ 20 ซี่ และแสดงว่าไม่มีฟันคู่สบเกือบร้อยละ 40 และจากการดำเนินงานทันตสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในหน่วยบริการ โรงพยาบาลท่าวังผา พบว่า เบื้องต้นผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากเองได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในทุกด้านเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver; CG) แต่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นจำนวนมาก จากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อสุขภาพฟัน จำนวนบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขมีจำนวนไม่เพียงพอและครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในพื้นที่ เป็นปัญหาสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

การเสริมสร้างพลังอำนาจถูกกำหนดเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบของกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่กำหนดไว้ในกฎบัตรรอตตาวา (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) คือเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับสมาชิกในครอบครัว อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาทั้งความรู้ ทักษะ การดำเนินการและทักษะที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งสามารถส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในครอบครัวตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (สมตระกูล ราศิริ และคณะ, 2561) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่มีต่อความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากขึ้น เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้เชิงปฏิบัติการผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน ตามรูปแบบของเคมมิส (Kemmis, 2009) ที่มีต่อประสิทธิผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ในด้านความรู้สุขภาพช่องปาก ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ระหว่างเดือนกันยายน 2562-กุมภาพันธ์ 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 53 คน อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลท่าวังผา 107 คน รวมทั้งสิ้น 160 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ดูแลหลักในผู้สูงอายุในครัวเรือน หรือ อสม. หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 1 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 53 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 73 คน รวมทั้งสิ้น 126 คน

ขั้นตอนการศึกษา

โดยปฏิบัติตามกิจกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนวางแผน (Plan) ค้นหาข้อเท็จจริง โดยก่อนการวางแผนทำการวัดผลครั้งที่ 1 ด้านความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และการสนทนากลุ่มในผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ผ่านมา และนำปัญหาที่ได้มาวางแผนการดำเนินงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่

2. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) เป็นแนวทางปฏิบัติจากขั้นตอนการวางแผน ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสุขภาพช่องปากและการดูแลช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประกอบคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และฝึกปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยการบรรยายประกอบการสาธิต พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติไปพร้อมกัน ในเรื่องการตรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ การทำความสะอาดช่องปาก การตรวจความสะอาดช่องปาก การตรวจฟัน การตรวจสภาพเหงือก การตรวจเนื้อเยื่อ การตรวจอุปกรณ์ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องส่งต่อ ทั้งนี้ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ออกเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดเตียงในพื้นที่ร่วมกัน

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observe) เป็นการบันทึกข้อมูลและสังเกตควบคู่ไปกับการดำเนินงานขั้นลงมือปฏิบัติ เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงพิจารณาวางแผนแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบร่วมกัน และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) โดยใช้เทคนิคการระดมสมองของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อหา

ข้อมูลจากการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เกี่ยวกับสิ่งที่สามารถทำได้ดี อุปสรรค และคุณค่าที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และทำการวัดผลครั้งที่ 2 ด้านความรู้ ทักษะ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลสุขภาพ (กรมอนามัย, 2559) โมเดลฟันสาธิตการปฏิบัติ

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้จากคู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (กรมอนามัย, 2559) และคู่มือหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ ด้านทันตสุขภาพ (กรมอนามัย, 2558) แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ความรู้สุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ หรือไม่ถูกต้อง ได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนความรู้สุขภาพช่องปาก (บุญชม ศรีสะอาด, 2561) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

12-15 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สุขภาพช่องปากในระดับสูง
7-11 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง
0-6 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สุขภาพช่องปากในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบประเมินค่าความคิดเห็น (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก (บุญชม ศรีสะอาด และ มานิต สิทธิพร, 2561) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.68–5.00 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับสูง
2.34–3.67 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง
1.00–2.33 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบประเมินค่าระดับการมีส่วนร่วม (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (บุญชม ศรีสะอาด และ มานิต สิทธิพร, 2561) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.68 – 5.00 คะแนน	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง
2.34 – 3.67 คะแนน	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 – 2.33 คะแนน	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (กรมอนามัย, 2558) ประเมินผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะการประเมินคือ ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (บุญชม ศรีสะอาด, 2561) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

12-15 คะแนน	หมายถึง	มีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูง
7-11 คะแนน	หมายถึง	มีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง
0-6 คะแนน	หมายถึง	มีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ต้องมากกว่า 0.50 (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงตามเกณฑ์การคัดเลือก สุ่มแบบอย่างง่ายจำนวน 30 คน อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำแนกส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 มีค่า Cronbach's

alpha coefficient เท่ากับ 0.80, 0.98, 0.75 และ 0.95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และแบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมการสนทนากลุ่มของขั้นตอนที่ 1 และตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดในขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงต่อความรู้ สุขภาพช่องปาก ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เอกสารเลขที่ 025/2562

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลจำนวน 126 คน เป็น เพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 73.02 มีอายุเฉลี่ย 50.88 ปี

(S.D.=6.36) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.60 วุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.84 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 ความ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็น อสม. ร้อยละ 53.18 รองลงมาเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 42.06 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 4.32 ปี (S.D.=2.18) ความถี่ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุเป็นบางครั้งมากที่สุดสัปดาห์ละ 3-4 วัน ร้อยละ 68.25 ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 45.24 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ เรื่องการตรวจความสะอาดช่องปากมากที่สุด ร้อยละ 61.96 รองลงมาคือ การตรวจฟัน การตรวจสภาพ เหงือก การตรวจเนื้อเยื่อ เช่น ลิ้น เพดาน กระพุ้ง แก้ม ริมฝีปาก เป็นต้น การตรวจอุปกรณ์ อาการ ผิดปกติที่ต้องส่งต่อพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ร้อยละ 6.52 และเรื่องที่ได้รับคำแนะนำ น้อยที่สุด ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 5.43 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 126)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	26.98
หญิง	92	73.02
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	9	7.14
40 ปี – 50 ปี	46	36.51
มากกว่า 50 ปี	71	56.35
Mean=50.88, S.D.=6.36, Min=36, Max=60		
สถานภาพสมรส		
โสด	19	15.08
สมรส	94	74.60
หม้าย/หย่า/แยก	13	10.32

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 126) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	88	69.84
มัธยมศึกษาตอนต้น	32	25.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	6	4.76
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรวม	84	66.67
รับจ้าง	30	23.81
ค้าขาย	12	9.52
ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง		
สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ	53	42.06
อสม.	67	53.18
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	6	4.76
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 3 ปี	55	43.65
4-6 ปี	52	41.27
7-9 ปี	17	13.49
มากกว่า 9 ปี	2	1.59
Mean=4.32, S.D.=2.179, Min=1, Max=10		
ความถี่ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ		
เป็นประจำทุกวัน สัปดาห์ละ 7 วัน	7	5.56
บ่อยครั้ง สัปดาห์ละ 5-6 วัน	22	17.46
บางครั้ง สัปดาห์ละ 3-4 วัน	86	68.25
น้อยครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 วัน	11	8.73
1 ปีที่ผ่านมาได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง		
ไม่ได้	69	54.76
ได้	57	45.24
เรื่องที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก (ตอบได้หลายข้อ)		
การทำความสะอาดช่องปาก	5	5.43
การตรวจความสะอาดช่องปาก	57	61.96
การตรวจฟัน	6	6.52
การตรวจสภาพเหงือก	6	6.52
การตรวจเนื้อเยื่อ	6	6.52
การตรวจอุปกรณ์	6	6.52
อาการผิดปกติที่ต้องส่งต่อ	6	6.52

ความรู้สุขภาพช่องปาก พบว่า หลังเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้ดูแลมีระดับความรู้สุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 เป็นระดับสูง จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 92.06

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า หลังเสริมสร้างพลังอำนาจทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้ดูแลมีระดับของทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 74.60 เป็นระดับปานกลาง 64 คน คิดเป็นร้อยละ 50.79 และระดับสูง 62 คน คิดเป็นร้อยละ 49.21

ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า หลังเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้ดูแลมีระดับของทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ 126 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เป็นระดับสูง 100 คน คิดเป็นร้อยละ 79.37 และระดับปานกลาง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 19.84

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่า หลังเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้ดูแลมีระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ 115 คน คิดเป็นร้อยละ 91.27 เป็นระดับสูง 102 คน คิดเป็นร้อยละ 80.95 และระดับปานกลาง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ทัศนคติ ทักษะดูแล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (n=126)

ระดับ	ช่วงคะแนน	ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจ		หลังเสริมสร้างพลังอำนาจ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สุขภาพช่องปาก					
ต่ำ	0-6 คะแนน	84	66.67	0	0.00
ปานกลาง	7-11 คะแนน	39	30.95	10	7.94
สูง	12-15 คะแนน	3	2.38	116	92.06
		$\bar{X}=7.44$, S.D.=2.35		$\bar{X}=13.32$, S.D.=1.14	
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก					
ต่ำ	1.00-2.33	32	25.40	0	0.00
ปานกลาง	2.34-3.67	94	74.60	64	50.79
สูง	3.68-5.00	0	0.00	62	49.21
		$\bar{X}=2.59$, S.D.=0.30		$\bar{X}=3.67$, S.D.=0.18	
ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก					
ต่ำ	1.00-2.33	126	100.00	1	0.79
ปานกลาง	2.34-3.67	0	0.00	25	19.84
สูง	3.68-5.00	0	0.00	100	79.37
		$\bar{X}=2.09$, S.D.=0.32		$\bar{X}=3.88$, S.D.=0.19	
การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล					
ต่ำ	0-6 คะแนน	115	91.27	0	0.00
ปานกลาง	7-11 คะแนน	9	7.14	24	19.05
สูง	12-15 คะแนน	2	1.59	102	80.95
		$\bar{X}=2.69$, S.D.=1.87		$\bar{X}=13.37$, S.D.=2.10	

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่าหลังเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความรู้สุขภาพช่องปาก ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำแนกเป็นรายด้านดังนี้

ความรู้สุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความรู้สุขภาพช่องปากเท่ากับ 7.44 (S.D.=2.35) และหลังเสริมสร้างพลังอำนาจเท่ากับ 13.32 (S.D.=1.14) ซึ่งค่าเฉลี่ยความรู้สุขภาพช่องปากหลังเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 2.60 (S.D.=0.30) และหลังเสริมสร้างพลังอำนาจเท่ากับ 3.67 (S.D.=0.18) ซึ่งค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแล

สุขภาพช่องปากหลังเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของทักษะดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 2.69 (S.D.=1.87) และหลังเสริมสร้างพลังอำนาจเท่ากับ 13.75 (S.D.=2.10) ซึ่งค่าเฉลี่ยทักษะดูแลสุขภาพช่องปากหลังเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่า ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 2.09 (S.D.=0.32) และหลังเสริมสร้างพลังอำนาจเท่ากับ 3.88 (S.D.=0.19) ซึ่งค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หลังเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการดูแล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (n=126)

หัวข้อ	กลุ่มตัวอย่าง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้สุขภาพช่องปาก				
ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจ	7.44	2.35	-26.391	0.000*
หลังเสริมสร้างพลังอำนาจ	13.32	1.14		
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก				
ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจ	2.60	0.30	-38.357	0.000*
หลังเสริมสร้างพลังอำนาจ	3.67	0.18		
ทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก				
ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจ	2.69	1.87	-76.035	0.000*
หลังเสริมสร้างพลังอำนาจ	13.75	2.10		
การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล				
ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจ	2.09	0.32	-53.035	0.000*
หลังเสริมสร้างพลังอำนาจ	3.88	0.19		

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่งผลต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่สูงขึ้น สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี เรืองงาม (2558) พบว่า การเสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสามารถส่งผลให้สภาพช่องปากมีความสะอาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.80 เป็นร้อยละ 70.00 ทั้งนี้ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนวางแผนร่วมกันในการค้นหาข้อเท็จจริง เป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมและพิจารณาดัดสินใจร่วมกันในการวางแผนแก้ไขปัญหาย่างสมเหตุสมผล โดยในขั้นตอนลงมือปฏิบัตินั้นเป็นการนำกิจกรรมไปปฏิบัติจริง จัดกิจกรรมที่จะใช้แก้ไขปัญหาโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ประกอบคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่เป็นประโยชน์ซึ่งเกิดขึ้นจากกระบวนการจำ ควบคู่ไปกับทัศนคติทางบวก ซึ่งเป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่เกิดมาจากการเรียนรู้ และเข้าใจในเรื่องนั้นๆ ส่งผลให้เกิดทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมขึ้น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) การฝึกปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การตรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ การออกเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดเตียงในพื้นที่ ระหว่างการดำเนินการมีการสังเกตผลการปฏิบัติควบคู่กันไป ประกอบกับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ข้อเสนอแนะ และทบทวนแผนการปฏิบัติงานที่ถูกต้องกับผู้ดูแล หลังจากครบกำหนดระยะการปฏิบัติการ ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร่วมกันสะท้อนแผนปฏิบัติ แสดงความคิดเห็นและข้อมูลจากการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (อาณัติ มาตระกูล และคณะ, 2561)

การสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเป็นส่วนสำคัญหนึ่ง ทำให้บุคคลตอบสนอง

ต่อเป้าหมาย ส่งผลต่อผู้ดูแลให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดแนวโน้มของการปฏิบัติได้ ประกอบกับการพัฒนาทักษะ ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพความสามารถของผู้ดูแลในด้านปฏิบัติการ การกระทำ หรือการแสดงออกในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ผลการดำเนินงานพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงดีขึ้น โดยแนวทางการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพงานทันตสาธารณสุข ควรประกอบด้วย การสอนและการเรียนรู้ปฏิบัติร่วมกัน การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถของเป้าหมาย การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพงานทันตสาธารณสุขจึงมีความจำเป็น โดยสร้างทัศนคติให้เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ (สมตระกูล ราศิริ และคณะ, 2561) ทั้งนี้เครือข่ายชุมชนจะเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในการศึกษา วิเคราะห์สภาพปัญหา ประชุม ทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติการ นิเทศติดตาม สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา กระบวนการนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีระบบ หลังการดำเนินงานความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ณัฐฉา พิณฑทอง และคณะ, 2559)

ดังนั้นการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ทักษะ ทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมกับเสนอแนะ และประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงครั้งนี้ มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มสูงขึ้น เพื่อเป็นการขยายผลและพัฒนางาน สามารถนำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลในพื้นที่ใกล้เคียง ให้เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและร่วมวางแผนการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมถึงการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะให้เกิดขึ้นในผู้ดูแล เพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่มีความเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาติดตามระดับการมีส่วนร่วมใน

การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงกลุ่มเป้าหมายในระยะยาว เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ติเรก สุดแดน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวังผา นายชัยวุฒิ วันควร สาธารณสุขอำเภอท่าวังผา ทีมทันตแพทย์กลุ่มงานทันตกรรม ที่ให้การสนับสนุน และข้อเสนอแนะการวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานในพื้นที่ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่ให้การสนับสนุนประสานงานและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการวิจัยให้ส่งผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2562). กรมการแพทย์แนะวิธีปฏิบัติตัวเรื่องการกลืนในผู้สูงอายุ [online]. [สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: URL: <https://gnews.apps.go.th/news?news=45243>
- กรมอนามัย. (2558). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร CARE MANAGER กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- กรมอนามัย. (2558). คู่มือหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชิงสุขภาพ. ด้านทันตสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2559). การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง : คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล. นนทบุรี: แก้วเจ้าจอม.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). พฤติกรรมสุขภาพ. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์
- บุญชม ศรีสะอาด. (2561). การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า [ออนไลน์]. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2(1), 64-70. [สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2563]. แหล่งข้อมูล: URL: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jemmsu/article/view/154487>
- บุญชม ศรีสะอาด และมานิต สิทธิพร. (2561). การวิจัยเกี่ยวกับมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) [ออนไลน์]. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 3(1), 1-8. [สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2563]. แหล่งข้อมูล: URL: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jemmsu/issue/view/12033>
- บุญธรรม กิจปริดาภิสิทธิ์. (2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : จามจุรี โปรดักท์.
- พัชรี เรืองงาม. (2558). การขับเคลื่อนงานส่งเสริมทันตสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอขานวร์ลักษณะบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 20(2), 18-26.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: บริษัท พรินเทอรี่.

- ณัฐวุฒิ พูลทอง, สมศักดิ์ อาภาศรีทองกุล และสุพัตรา วัฒนเสน. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน บ้านโนนสง่า ตำบลซาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตภิบาล, 27(2), 53-67.
- โรงพยาบาลท่าวังผา. (2562). โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพอำเภอท่าวังผา. โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน.
- สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตน. (2561). แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สมตระกูล ราศิริ, อธิรัตน์ ราศิริ และยลฤดี ตันทสิทธิ์. (2561). แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพงานทันตสาธารณสุข. วารสารทันตภิบาล, 29(2), 123-135.
- อาณัติ มาตระกูล, จริญญา หุ่นศรีสกุล และอรรดา วัฒนาภา. (2561). ประสิทธิภาพในการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียง: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์, 68(3), 256-269.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs . Evaluation comment, 1(2), 1-12.
- Kemmis, S. (2009). Action research as a practice based practice. Educational Action Research, 17(3), 463-474.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง
อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors associated with Thai Traditional Medical Services
at Nongmakhamong Health Promotion Hospital,
Danchang District, Suphanburi Province

วิเชียร เพ็งสวาย* ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

Wichean Pengsauy* B.P.H. (Public Health)

ศรีสุรางค์ เกษนา** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Srisurang Kahanak** M.Sc. (Public Health)

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

Nongmakhamong Health Promoting Hospital, Danchang District, Suphanburi Province

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

Received: Apr 9, 2021

Revised: May 14, 2021

Accepted: Jun 9, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 336 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบแบบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับบริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 60.70 โดยรับบริการนวดมากที่สุด ร้อยละ 33.62 รองลงมาใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 24.42 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับ การรับบริการทางการแพทย์แผนไทย พบว่า ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งของการมารับบริการ การรับรู้คุณภาพบริการ ระยะเวลาในการรอคอยรับบริการ ปัจจัยบริการ (ความรวดเร็วในการให้บริการ ความมั่นใจในการรักษา ความเชี่ยวชาญในการรักษา และอธิบายขั้นตอนในการรักษา) การได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น และประวัติการรับการรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการแพทย์แผนไทย และจัดทำแผนผังแสดงขั้นตอนการให้บริการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาในการรอคอยรับบริการในแต่ละจุดบริการให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้มารับบริการทราบและเข้าใจขั้นตอนการให้บริการ รวมถึงสามารถบอกต่อถึงข้อดีและประโยชน์ของการรับบริการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมาใช้บริการแพทย์แผนไทยมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย, การรับบริการ, แพทย์แผนไทย

ABSTRACT

This cross-sectional survey study aimed to investigate the utilization and association of factors in use of Thai traditional medicine services of Nongmakhamong Health Promotion Hospital, Danchang District, Suphanburi Province. The study sample consisted of 336 persons who were instructed with the questionnaire from January to February 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test. Results showed that 60.70% of the subjects utilized Thai traditional medicine services, with 33.62% of them utilizing massage service followed by herbal medicine service (24.42%). The factors significantly associated with utilization of Thai traditional medicine services were age, marital status, average monthly income, number of time used the service, perceived service quality, service waiting time, service factors, information and reminders from others, and treatment history (p -value<0.05). Therefore, health promotion hospitals should advertise information about Thai traditional medicine regarding the quality of services, assign specialized Thai traditional medicine doctors for services, and develop a chart that clearly illustrates the steps of utilizing Thai traditional medicine services to inform the clients for understanding about the steps of services and waiting time at each service unit. Clients should be encouraged to recommend or pass on the advantages and benefits of utilizing Thai traditional medicine services. They should also be reminded or advised by health care providers to utilize Thai traditional medicine services to promote more utilization of Thai traditional medicine services.

Key words: Factor, Service utilization, Thai traditional medicine

บทนำ

สถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาและกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้พัฒนารูปแบบงานบริการทางการแพทย์แผนไทยเพื่อให้มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งเป็นต้นแบบเพื่อเผยแพร่ให้เกิดงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการต่างๆ ในระบบสุขภาพ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิลงไปจนถึงระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจในการแพทย์แผนไทย และสามารถเข้าถึงงานบริการได้สะดวก (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2556) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ดำเนิน

โครงการนำร่อง (Pilot project) โดยจัดจ้างแพทย์แผนไทยผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีและได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรมแผนไทย ปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์แผนไทย ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 238 แห่ง เพื่อทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพประชาชน ทั้งมิติด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งการทำงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้สูงอายุ มารดาหลังคลอด ตลอดจนการรวบรวมองค์ความรู้ ตำรับ ตำรายาสมุนไพร ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน (ประวี อ่ำพันธุ์, 2560)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง นอกจากเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการในการรักษาพยาบาลทั่วไป หัตถกรรม ชูตพื้น อุดพื้น และถอนพื้นแล้ว มีการให้บริการในส่วนของการแพทย์แผนไทย การนวดแผนไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การทำหม้อเกลือ รวมถึงยาสมุนไพร ผู้รับบริการต้องได้รับการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบันก่อนว่าสามารถใช้บริการการแพทย์แผนไทยร่วมกับการรักษาโรคได้หรือไม่ โดยที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การนวดตัวเพื่อลดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการอักเสบของกล้ามเนื้อ เป็นต้น และมีการลงเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนการให้บริการเพื่อติดตามผลการรักษา ข้าราชการสามารถนำใบเสร็จรับเงินการให้บริการเบิกได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ส่งผลให้มีผู้รับบริการใช้บริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อันเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่สถานพยาบาล รวมถึงเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนในเขตพื้นที่และบริเวณใกล้เคียง ดังนั้นการให้บริการที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญ หากงานบริการไม่เป็นที่ต้องการของผู้รับบริการ จะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจและเป็นการชี้ถึงคุณภาพการบริการที่ไม่ดี การวัดคุณภาพของงานแพทย์แผนไทย จึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้เป็นตัววัดคุณภาพของงานบริการบอกถึงทัศนคติของผู้รับบริการต่องานบริการนั้นๆ ต่อผู้ให้บริการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2564 ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง ในปี 2563 อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,789 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง ซึ่งได้ทำการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงสูตรของ Taro Yamane (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2553) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 336 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยแจกแบบสอบถามแก่ผู้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ เข้ารับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการกำหนดเนื้อหาของแบบสอบถามได้พิจารณารวบรวมจากการศึกษาแนวคิด และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุม และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ โดยการประยุกต์จากแบบสอบถามของจุฑามาส กุลศัตยาภิรมย์ และคณะ (2562) และขวัญชนก เทพปั้น และคณะ (2559) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ สิทธิการรักษา และจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้มารับบริการ จำนวน 22 ข้อ ในองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) การทำให้มั่นใจ (Assurance) และความเอาใจใส่ (Empathy) ลักษณะคำตอบเป็น

แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย แบบปลายปิดมีคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบตามความคิดเห็น การแปลผลคะแนนแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997 อ้างถึงในขวลิต สารทช่วง, 2554) ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
80.68–110.00	มีการรับรู้ระดับมาก
51.34–80.67	มีการรับรู้ระดับปานกลาง
≤ 51.33	มีการรับรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยความสะดวกในการเดินทาง จำนวน 1 ข้อ ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวน 1 ข้อ และระยะเวลาในการรอคอยรับบริการ จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะเลือกตอบและเติมตัวเลขลงในช่องว่าง และปัจจัยบริการ จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรวดเร็วในการให้บริการ ความมั่นใจในการรักษา ความเชี่ยวชาญในการรักษา และอธิบายขั้นตอนในการรักษา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว การแปลผลมี 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997 อ้างถึงในขวลิต สารทช่วง, 2554) ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
9.34–12.00	มีปัจจัยเอื้อระดับมาก
6.67–9.33	มีปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง
≤ 6.66	มีปัจจัยเอื้อระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากวารสาร สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และการได้รับการสนับสนุนหรือแนะนำเกี่ยวกับการใช้บริการแพทย์แผนไทย วัดจากผลรวมคะแนนการตอบแบบ สอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยให้ผู้ตอบ

เลือกเพียงคำตอบเดียว การแปลผลมี 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997 อ้างถึงในขวลิต สารทช่วง, 2554) ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
11.68–15.00	มีปัจจัยเสริมระดับมาก
8.34–11.67	มีปัจจัยเสริมระดับปานกลาง
≤ 8.33 คะแนน	มีปัจจัยเสริมระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 การรับบริการทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 1 ข้อ เป็นส่วนความคิดเห็นในการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย โดยมีตัวเลือกให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ไม่เคย และ เคยรับบริการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านแบบสอบถาม และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.87 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดลองใช้กับกลุ่มคนที่มีลักษณะใกล้เคียงคือผู้รับบริการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี 30 คน ตรวจสอบความสอดคล้องภายในโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient reliability) ได้แก่ การรับรู้คุณภาพบริการของการรับบริการ เท่ากับ 0.826 ปัจจัยบริการ เท่ากับ 0.762 และการได้รับข่าวสารและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น เท่ากับ 0.805 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (Burns & Grove, 2005)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เอกสาร รับรองเลขที่ 01/2564 เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2564 และก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ กระทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ของงานวิจัย และผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยที่เข้าร่วมด้วย ความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใดๆ และสามารถยุติ การเข้าร่วมในการทำวิจัยได้ตามที่ต้องการโดยไม่ต้อง แจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย และไม่มีผลกระทบกับผู้ยินยอมตน ทำวิจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 336 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.64 อายุเฉลี่ยประมาณ 47.02 ปี (S.D.=1.78) พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 31.25 รองลงมาคือ อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.68 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.26 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 19.05 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.30 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 21.73 และจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

ร้อยละ 19.94 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 52.98 รองลงมาอาชีพรับจ้าง/ กรรมกร ร้อยละ 26.79 และค้าขาย/กิจการส่วนตัว ร้อยละ 20.23 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีรายได้มากกว่า 5,001 ขึ้นไป ร้อยละ 63.39 รองลงมาคือ มีรายได้ ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 36.61 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรับบริการบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 87.80 รองลงมาคือ ใช้สิทธิการรับบริการประกันสังคม ร้อยละ 7.74 และ กลุ่มตัวอย่างมาใช้บริการที่ รพ.สต.จำนวน 2 ครั้งต่อ เดือน ร้อยละ 36.61 รองลงมาคือ มากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 32.14

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับ บริการทางการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับบริการทางการแพทย์ แผนไทย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรับ บริการ และจำนวนการมารับบริการ จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์พบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนการมารับบริการที่รพ.สต. มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์ แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย

ปัจจัย	จำนวน	การรับบริการแพทย์แผนไทย				χ^2	p-value
		ไม่เคย (132 คน)		เคย (204 คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						0.051	0.903
ชาย	102	41	31.06	61	29.90		
หญิง	234	91	68.94	143	70.10		
อายุ						17.342	0.000*
น้อยกว่า หรือเท่ากับ40 ปี	97	55	41.67	42	20.59		
41-50 ปี	105	34	25.76	71	34.80		
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	134	43	32.57	91	44.61		
Mean=47.02, S.D.=11.78, Min=20, Max=76							

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	การรับบริการแพทย์แผนไทย				χ^2	p-value
		ไม่เคย (132 คน)		เคย (204 คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส						9.327	0.025*
โสด	64	29	21.97	35	17.15		
สมรส	226	87	65.91	139	68.14		
หม้าย,แยก/หย่า	46	16	12.12	30	14.71		
ระดับการศึกษา						2.513	0.473
ประถมศึกษา	169	67	50.76	102	50.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	23	17.42	44	21.57		
มัธยมปลาย หรือ ปวช.	73	28	21.21	45	22.06		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	27	14	10.61	13	6.37		
อาชีพ						4.701	0.095
เกษตรกรรม/ทำนา	178	61	46.21	117	57.35		
รับจ้าง/กรรมกร	90	43	32.58	47	23.04		
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	68	28	21.21	40	19.61		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						4.672	0.031*
ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท	123	39	29.55	84	41.18		
มากกว่า 5,001 ขึ้นไป	213	93	70.45	120	58.82		
สิทธิการรับบริการ						1.516	0.469
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	4	3.03	11	5.40		
ประกันสังคม	26	12	9.09	14	6.86		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	295	116	87.88	179	87.74		
จำนวนการมารับบริการ						16.736	0.000*
1 ครั้ง	105	53	40.15	52	25.49		
2 ครั้ง	123	53	40.15	70	34.31		
มากกว่า 3 ครั้ง	108	26	19.70	82	40.20		

*p-value<0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม กับ การรับบริการทางการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยนำกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การรับรู้คุณภาพบริการ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการ มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับมากจะมารับบริการ แพทย์แผนไทยมากกว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มี การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง

ปัจจัยเอื้อกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการรอคอยรับบริการ และปัจจัยบริการ ประกอบด้วย ความรวดเร็วในการให้บริการ ความ มั่นใจในการรักษา ความเชี่ยวชาญในการรักษา และ อธิบายขั้นตอนในการรักษา จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์พบว่า ระยะเวลาในการรอคอยรับบริการ และปัจจัยบริการ มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการ ทางแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการ

รอคอยรับบริการน้อยกว่า 10 นาที มีการรับบริการ ทางแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รอคอย การรับบริการช่วง 11-20 นาที และกลุ่มตัวอย่างที่มี ปัจจัยบริการอยู่ในระดับมากจะมารับบริการทาง การแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในระดับต่ำ- ปานกลาง

ปัจจัยเสริมกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การได้รับข่าวสารและกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น และประวัติการรับการรักษาโรค จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์พบว่า การได้รับข่าวสารและกระตุ้น เตือนจากบุคคลอื่น และประวัติการรับการรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการทางการแพทย์ แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับข่าวสารและกระตุ้นเตือน จากบุคคลอื่นในระดับมากจะมารับบริการทาง การแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในระดับต่ำ- ปานกลาง และการที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการรักษา โรคจะเลือกมารับบริการทางการแพทย์แผนไทย มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการรักษาโรค ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับ การรับบริการทางการแพทย์แผนไทย

ปัจจัย	จำนวน	การรับบริการทางการแพทย์แผนไทย				χ^2	p-value
		ไม่เคย (132 คน)		เคย (204 คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ปัจจัยนำ							
การรับรู้คุณภาพบริการ						14.778	0.000*
ระดับต่ำ-ปานกลาง	15	13	9.85	2	0.98		
ระดับมาก	321	119	90.15	202	99.02		
2. ปัจจัยเอื้อ							
การเข้าถึงบริการ						0.678	0.410
สะดวก	270	109	82.57	161	78.92		
ไม่สะดวก	66	23	17.43	43	21.08		
ระยะเวลาในการเดินทาง						4.049	0.132
น้อยกว่า 10 นาที	119	46	34.85	73	35.78		
11-20 นาที	147	65	49.24	82	40.20		
มากกว่า 20 นาที	70	21	15.91	49	24.02		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	การรับบริการทางการแพทย์แผนไทย				χ^2	p-value
		ไม่เคย (132 คน)		เคย (204 คน)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาในการรอคอยรับบริการ						4.993	0.025*
น้อยกว่า 10 นาที	208	72	54.55	136	66.67		
11-20 นาที	128	60	45.45	68	33.33		
ปัจจัยบริการ						5.273	0.022*
ระดับต่ำ-ปานกลาง	59	31	23.48	28	13.73		
ระดับมาก	277	101	76.52	176	86.27		
3. ปัจจัยเสริม							
การได้รับข่าวสารและกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น						10.094	0.001*
ระดับต่ำ-ปานกลาง	59	34	25.76	25	12.25		
ระดับมาก	277	98	74.24	179	87.75		
ประวัติการรับการรักษาโรค						14.672	0.000*
ไม่เคย	112	82	62.12	30	14.71		
เคย	224	50	37.88	174	85.29		

*p-value<0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ จำนวนครั้งของการรับบริการ มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการทางการแพทย์แผนไทย สามารถ อภิปรายได้ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย อาจเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุจะเลือกการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย เกิดจากประสบการณ์ในการรักษา และอยากลอง เปลี่ยนรูปแบบการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของศุรดา มาพันธ์ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับ บริการบางปลาม้า พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อ

การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ แต่ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภา ชูวา และคณะ (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีอัตรา การมาใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร แห่งหนึ่งเท่ากัน โดยแต่ละช่วงอายุเลือกมาใช้บริการ แพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับบริการ การแพทย์แผนไทยนั้น อาจเนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ และได้รับคำแนะนำจาก สามี/ภรรยา ให้เลือกการรับบริการแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ พักคำ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้แพทย์แผนไทย ประยุกต์ในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพใน

โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก เขตพื้นที่กองทัพบกที่ 1 พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อิทธิพลต่อการใช้แพทย์แผนไทยประยุกต์ในการ ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส กุลศัตยาภิรมย์ และคณะ (2562) ที่พบว่าสถานภาพ สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการแพทย์ แผนไทย

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการรับ บริการทางแพทย์แผนไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี รายได้ที่แตกต่างกัน จะเลือกการรักษาที่แตกต่างกัน เพราะไม่യാกรอคอยนาน ต้องไปทำงาน และ ค่าครองชีพได้น้อย ทำให้ต้องเลือกรับบริการทาง การแพทย์ที่รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุรดา มาพันธ์ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ ตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการ บางปلام้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป มีการมาใช้บริการแพทย์แผนไทย มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท เนื่องจากการรักษาแบบแพทย์แผนไทย ต้องจ่ายเงินส่วนที่เบิกไม่ได้ แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของศุกลักษณ์ พิกคำ (2554) พบว่ารายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการแพทย์แผนไทย เนื่องจากไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในการรักษา

จำนวนครั้งของการรับบริการ มีความสัมพันธ์กับ การรับบริการทางการแพทย์แผนไทย เนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างที่มารับบริการมากกว่า 1 ครั้งจะมีประสบการณ์ ในการรักษาและเลือกวิธีรักษาที่สามารถทำให้หาย จากอาการป่วยได้เร็วขึ้นโดยเลือกแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการศึกษาของศุกลักษณ์ พิกคำ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้แพทย์แผนไทย ประยุกต์ในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพใน โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก เขตพื้นที่กองทัพบกที่ 1 พบว่า จำนวนครั้งของการรับบริการ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับอิทธิพลต่อการใช้แพทย์แผนไทยประยุกต์ ในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภา ชูวา และคณะ (2563) พบว่าจำนวนครั้งของการมา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี รับบริการไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการ แพทย์แผนไทย

ปัจจัยนำกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการของ แพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทาง การแพทย์แผนไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ คุณภาพอยู่ในระดับมาก มีความพึงพอใจในการใช้ บริการที่ รพ.สต.หนองมะค่าโมง และประชาชนให้ ความสำคัญและคาดหวังในคุณภาพบริการแพทย์ แผนไทยช่วยให้ลดการรับประทานยาแผนปัจจุบันให้ น้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส กุลศัตยาภิรมย์ และคณะ (2562) พบว่า ผู้รับบริการ ส่วนใหญ่มีการรับรู้บริการอยู่ในระดับสูงมาก ในเรื่อง ความรวดเร็วในการบริการ ผลการรักษาที่ผ่านมา ความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ และความเชี่ยวชาญ ของแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อมั่นในแนวทางการ รักษา การได้รับคำแนะนำ การเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ และการดูแลที่ดี รวมถึงแนวโน้มอาการที่ดีขึ้น จึงทำ ให้ตัดสินใจรับบริการแพทย์แผนไทย ซึ่งไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของขวัญชนก เทพปิ่น และคณะ (2559) ที่พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการไม่มีความสัมพันธ์กับ การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย เนื่องจาก หน่วยงานไม่มีการประชาสัมพันธ์ในการให้บริการ แพทย์แผนไทยอย่างทั่วถึง

ปัจจัยเอื้อกับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย พบว่า ระยะเวลารอคอยการรับบริการมีความสัมพันธ์ กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย เนื่องจา การรับบริการทางแพทย์แผนไทยมีระยะเวลาการ ตรวจแพทย์แผนไทยมีความรวดเร็ว ส่วนการรับ บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันมีระยะเวลาการ ตรวจที่นาน ทำให้ไม่สะดวกในการรอคอยรับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญชนก เทพปิ่น และ คณะ (2559) ศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์ แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ทั่วไป จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า วิถีชีวิตของประชาชน ในปัจจุบันที่ต้องแข่งขันกับเวลา และต้องคำนึงถึง สภาวะเศรษฐกิจร่วมด้วย จึงทำให้ความสะดวกทั้ง เรื่องการมาใช้บริการ การรอคอยบริการ และการ

เบิกจ่ายมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย และสอดคล้องกับแนวคิดของ Penchansky & Thomas (1981) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลจะสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้นั้น มีปัจจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการมาเกี่ยวข้องทั้งในมิติความสะดวกในรูปแบบของการใช้บริการ การเดินทาง และสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนความเพียงพอของบริการ และความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และปัจจัยบริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางแพทย์แผนไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก เพราะมีนักแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมมาให้บริการซึ่งไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข หรือพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศรุตดา เพ็งสว (2562) ศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท ที่พบว่า ปัจจัยการรับบริการ ได้แก่ ความรวดเร็วในการให้บริการ ความมั่นใจในการรักษา ความเชี่ยวชาญในการรักษา การอธิบายกระบวนการขั้นตอนในการรักษา อยู่ในระดับสูงทำให้ประชาชนเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย

การได้รับข่าวสารและการกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น และประวัติการรับการรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการกระตุ้นเตือนอยู่ในระดับมาก และได้รับคำแนะนำจากเพื่อนในการตัดสินใจที่จะใช้แพทย์แผนไทยมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของกุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยของประชาชน อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทย และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ เสรีวัตร (2553) ที่พบว่า การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนและการกระตุ้นเตือนอยู่ในระดับดี จะตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยคิดเป็น 4.23 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสิ่งชักนำสู่การตัดสินใจ

ในระดับต้องปรับปรุงและระดับปานกลาง และประวัติการรับการรักษาโรคมีความสัมพันธ์กับการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันแล้วอาการยังไม่ทุเลา จึงตัดสินใจเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นแพทย์แผนไทยแล้วอาการป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส กุลศัตยาภิรมย์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลราชบุรี: ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ที่พบว่า ผลการรักษาครั้งที่ผ่านมามีแนวโน้มดีขึ้น ทำให้ผู้รับบริการไม่ต้องรับประทานยาเป็นจำนวนมาก ทำให้ตัดสินใจรับบริการทางการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแพทย์แผนไทยให้หลากหลายช่องทาง เช่น facebook เว็บไซต์ของรพ.สต. เป็นต้น ทั้งด้านคุณภาพของบริการ มีนักแพทย์แผนไทยที่เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้บริการ เพื่อให้ประชาชนมั่นใจในการรักษาด้วยวิธีแพทย์แผนไทย
2. ควรจัดทำแผนผังแสดงขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการทราบและเข้าใจขั้นตอนการบริการตลอดจนระยะเวลาในการรอคอยรับบริการในแต่ละจุดบริการ
3. ควรแนะนำให้ผู้ที่เคยมาใช้บริการทางการแพทย์แผนไทยแนะนำหรือบอกต่อถึงข้อดีและประโยชน์ของการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการกระตุ้นเตือนหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการใช้บริการ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมาใช้บริการทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการรับบริการทางการแพทย์แผนไทย และควรใช้วิธีการศึกษาหลายวิธีร่วมกัน เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบบันทึกพฤติกรรม หรือการวิจัย

แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ทราบข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนขึ้น

2. ควรมีการศึกษาหารูปแบบโปรแกรมสุขภาพศึกษาที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อจะได้นำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการจัดกิจกรรมแพทย์แผนไทยสำหรับส่งเสริมให้ประชาชนมารับบริการทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอด่านช้างที่เกี่ยวข้องทุกท่าน และสาธารณสุขอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะค่าโมงและผู้รับบริการทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2556). มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุสุมาลย์ น้อยผา, วิทวัส หมาดอี และปิยนุช สุวรรณรัตน์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยของประชาชน อำเภอบำเพ็ญ จังหวัดพัทลุง. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต, 7(1), 59-68.
- ขวัญชนก เทพปิ่น, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, นพพร ไหวธีระกุล และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2559). การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดราชบุรี. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑามาส กุลศัตยาภิรมย์, ยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์, จุฑาธิป ศีลบุตร และภูษิตา อินทรประสงศ์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลราชบุรี: ตามการรับรู้ของผู้รับบริการ. ศิลปการวิจัย ครั้งที่ 11; วันที่ 13-14 มิถุนายน 2562; ณ ศูนย์ศิลปวัฒนธรรมเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ จังหวัดนครปฐม.
- จุฑารัตน์ เสรีวัตร. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในนักศึกษา คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต. วิทยาสاتรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). สาขาวิชาสุขศึกษา: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชลิต สารทช้าง. (2554). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมสุขภาพอำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่. ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. (2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- ประวี อัมพันธ์. (2560). รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: https://www.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=486:pr0256&catid=8&Itemid=114&lang=th

เสาวภา ชูวา, สุธี อยู่สถาพร, ฉัตรสุมน พงศ์ภิณูญ และนิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2563). การตัดสินใจเลือกใช้
บริการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง. การประชุม
นานาชาติวิทยาลัยนครราชสีมา. 422-431.

ศุภลักษณ์ พักคำ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการให้บริการด้านสุขภาพ
ในโรงพยาบาล สังกัดกองทัพบก เขตพื้นที่กองทัพภาคที่ 1. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา).

สาขาวิชาสุขศึกษา: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ศรดา มาพันธ์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการโรงพยาบาล
บางปลาหม้า. บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. สาขาบริหารธุรกิจ: มหาวิทยาลัยราชภัฏ พระนครศรีอยุธยา.

ศรดา เพ็งสว. (2562). การรับรู้คุณภาพบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลสวรรคบุรี
จังหวัดชัยนาท. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ :มหาวิทยาลัยมหิดล.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). The practice of nursing research: Conduct, critique and
utilization. (5th ed.). Missouri: Elsevier Saunders.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access definition and relationship to
consumer satisfaction. Medical Care, 19 (2), 127-140.

