วารสาร

สาธารณสุขล้านนา
LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- ทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกึ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี
- การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
- การพยาบาลผู้ป่วยซิฟิลิสที่เกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ จากการใช้ยาเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี กรณีศึกษาในคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

E-ISSN 2672-930X
วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565
Lanna Public Health Journal Volume 18 No. 1 January – June 2022

วารสารสาธารณสุขล้านนา

คณะที่ปรึกษา

นพ.ศุภชัย	ฤกษ์งาม	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน	กรมควบคุมโรค
นพ.อรรถพล	ชีพสัตยากร	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน	กรมควบคุมโรค
รศ.ดร.นิมิตร	มรกต	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พญ.เสาวนีย์	วิบุลสันติ	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่	

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุรเชษฐ์	อรุโณทอง	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

รองบรรณาธิการ

ดร.นารถลดา	ขันธิกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.สาคร	พรประเสริฐ	คณะเทคนิคการแพทย์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ธีรภาพ	เจริญวิริยะภาพ	คณะเกษตรศาสตร์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รศ.ดร.ปิยะรัตน์	บุตราภรณ์	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.จรณิต	แก้วกังวาล	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พญ.สารนาถ	ล้อพูลศรีนิยม	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ปรัชญา	สมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.สมเดช	ศรีชัยรัตนกูล	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เพ็ญประภา	ศิวิโรจน์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.เกรียงไกร	ศรีธนวิบุญชัย	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อติพร	แซ่อึ้ง	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.จักรกฤษณ์	วังราษฎร์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.สินีนาฎ	ชาวตระการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.ยุทธนา	หมั่นดี	คณะสหเวชศาสตร์	มหาวิทยาลัยพะเยา
นางศุทธินี	วัฒนกูล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่	
ดร.ประยุทธ	สุดาทิพย์	กองโรคติดต่อนำโดยแมลง	กรมควบคุมโรค
นพ.เจริญ	ชูโชติถาวร	สถาบันโรคทรวงอก	กรมการแพทย์
นพ.นัฐพนธ์	เอกรักษ์รุ่งเรือง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
นพ.วาที	สิทธิ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
นายอำนวย	ทิพศรีราช	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.อังคณา	แซ่เจ็ง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.เจริญศรี	แซ่ตั้ง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	
ดร.วราพันธุ์	พรวิเศษศิริกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่	

คณะจัดการและเตรียมต้นฉบับ

นางสาวธัญญาพรรณ	เรือนทิพย์
นายเกรียงศักดิ์	ขัติยะ
นางสาวปิยนุช	โนจา
นางสาวเกสรา	ไชยล้อม

คณะประชาสัมพันธ์

นายสวาท	ชลพล
นางสาวยุภาพร	ศรีจันทร์
นางโฉมพร	คลังอาวุธ
นายกีรติกานต์	แก้วเรือน

เจ้าของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)
เลขที่ 447 ถนนเชียงใหม่ - ลำพูน ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000
โทรศัพท์ 053-271435 ต่อ 118 หรือ 204 โทรสาร 053-271789
E-mail: lannadpc10@gmail.com
Website: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/index

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

วารสารสาธารณสุขล้านนา
LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

E-ISSN 2672-930X

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565 **Volume 18 No. 1 January – June 2022**

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ		**Original Article**
ทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ *อิสรีย์ ปัญญาวรรณ และคณะ*	1	**Attitudes, Intentions and Preventive Behaviors Regarding COVID-19 of Nurses in Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital** *Issaree Panyawan, et al.*
ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกึ่งเมือง ของจังหวัดเชียงใหม่ *บดินทร์ จักรแก้ว*	16	**Prevalence and Risk Factors of Chronic Kidney Disease in Type 2 Diabetes in Suburban Areas of Chiang Mai Province** *Bordin Jakkaew*
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก *ศิริวรรณ เชาว์โน และพรชัย ขุนคงมี*	31	**Factors Affecting Risk of Falls of Elderly in Responsible Area of Taksin Primary Care Cluster, Mueang District, Tak Province** *Siriwan Chaono and Pornchai Khunkongme*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง *ทิพวรรณ สมควร และคณะ*	45	**Health Literacy in Breast Cancer among Reproductive-aged Women in Lampang Province** *Tippavan Somkwan, et al.*
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา *ประกายมาศ ดอกหอม และคณะ*	57	**The Effectiveness of Self-Efficacy Promoting Program on Knowledge, Attitudes and Practices of Caring for Elderly Dependents by Village Health Volunteers, Chun District, Phayao Province** *Pragaymad Donkhom,et al.*

สารบัญ (ต่อ)	หน้า PAGE	CONTENTS
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ *ศิริพร ไพศาลสุทธิชล และอิสรีย์ ปัญญาวรรณ*	68	**Factors Associated with Body Mass Index among Nursing Personnel in Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital** *Siriporn Phisansuthichol and Issaree Panyawan*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี *วลัยพร กาฬภักดี และคณะ*	80	**Health Literacy about Overnutrition in Elementary School Students under the Municipal Administration of Mueang District, Suphanburi Province** *Walaiporn Kalpakdee, et al.*
การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ *กชพร อินทวงศ์*	92	**Investigation of COVID-19 Outbreak in Chiang Dao District, Chiang Mai Province** *Kotchaporn Intravong*
รายงานผู้ป่วย		**General article**
การพยาบาลผู้ป่วยซิฟิลิสที่เกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์จากการใช้ยาเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี: กรณีศึกษาในคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ *พัชณี สมุทรอาลัย และฐิติพันธ์ อัครเสรีนนท์*	107	**The Jarisch–Herxheimer Reaction after Benzathine Penicillin G Treatment for Syphilis: A Case Report from Sexually Transmitted Disease Clinic, Office of Disease Prevention and Control Region 1, Chiang Mai** *Patchanee Samutarlai and Thitipan Akarasereenont*

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

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

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน อภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อนประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย อภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

การสอบสวนโรค (Outbreak investigation) เป็นรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยานำเสนอขอคิดเห็นแกผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวของเพื่อเป็นองคความรู่และแนวทางในการสอบสวนโรคประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดยอ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

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 การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากใต้ภาพ 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 กะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็ม มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อหน่วยงาน ให้ใช้คำเต็ม มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด หรือไม่เกิน 300 คำ ประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุ (กลุ่มตัวอย่าง) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้ามีตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตาราง ภาพประกอบ

อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลการศึกษามากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ที่สอดคล้องกับผลการศึกษา หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขล้านนา กองบรรณาธิการกำหนดให้ผู้เขียนรวบรวมเอกสารอ้างอิงเฉพาะรายการเอกสารที่ถูกอ้างไว้ในส่วนเนื้อเรื่องเท่านั้น ภายใต้หัวข้อ "**เอกสารอ้างอิง**" สำหรับบทความภาษาไทย และ "**References**" สำหรับบทความภาษาอังกฤษ หลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิงกำหนดให้ผู้เขียนใช้แบบ 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 รูปแบบและขนาดอักษรที่ใช้ในเรื่องกำหนดไว้ดังนี้

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 (ดูตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง)

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 ท่าน ร่วมพิจารณา โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้นิพนธ์ และ Peer review (Double-blind Peer Review)

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนสามารถ Download เอกสาร ได้ที่เว็บไซต์ https://www.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/

ความรับผิดชอบ

1. วารสารสาธารณสุขล้านนาได้จัดทำเป็นแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ กรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการเล่มวารสารสามารถแจ้งกองบรรณาธิการเพื่อประสานโรงพิมพ์ให้เป็นกรณีเฉพาะ ทั้งนี้ผู้นิพนธ์จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามราคาที่โรงพิมพ์กำหนด

2. บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขล้านนา ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ หรือการวิจัย ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารสาธารณสุขล้านนา

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้อ้างอิงเอกสารภาษาไทยก่อนภาษาต่างประเทศเรียงลำดับตามตัวอักษร

3.1 การอ้างอิงในเนื้อหาวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

ผู้แต่ง	การอ้างอิง นอกวงเล็บครั้งแรก	การอ้างอิงนอก วงเล็บครั้งที่สองเป็น ต้นไป	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 *et al*. (2014)	Vardy *et al*. (2014)	(Vardy *et al*., 2014)	(Vardy *et al*., 2014)
องค์กร/ หน่วยงาน	World Health Organization (WHO, 2015)	WHO (2015)	(World Health Organization [WHO], 2015)	(WHO, 2015)

- **การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งเรื่องที่ผู้แต่งต่างกัน**

เรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้แต่งคั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) กรณีที่เอกสารทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศถูกอ้างพร้อมกัน ให้เริ่มที่งานเขียนภาษาไทยก่อน และตามด้วยภาษาอังกฤษ

ตัวอย่างเช่น

(Miller, 1999; Shafranske & Mahoney, 1998)

(กัลยา วานิชย์บัญชา, 2562; สังวรณ์ งัดกระโทก, 2557)

(อนุชาติ บุนนาค, 2549; Campbell, 2006)

- **การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งเรื่องที่มีผู้แต่งซ้ำกัน ปีพิมพ์ต่างกัน**

ให้ระบุชื่อผู้แต่งในการอ้างครั้งแรก หลังจากนั้นลงเฉพาะปีพิมพ์โดยเรียงลำดับเอกสารตามปีพิมพ์ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค **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.

นารถลดา ขันธิกุล, อังคณา แซ่เจ็ง, ประยุทธ สุดาทิพย์ และสุรเชษฐ์ อรุโณทอง. (2561). การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุในการรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากภัยพิบัติทางธรรมชาติในภาคเหนือประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 14(2), 1-12.

ในกรณีที่เป็นบทความวิชาการที่เข้าถึงโดยระบบ Online (Journal article on the Internet)

ตัวอย่าง

นารถลดา ขันธิกุล, ประยุทธ สุดาทิพย์, อังคณา แซ่เจ็ง, รุ่งระวี ทิพย์ มนตรี, วรรณภา 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 ให้ใส่รายชื่อผู้แต่งทุกคนขั้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) 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 สุวรรณกูล. (2536). ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลารัศม์ และสุรพล สุวรรณกูล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ที พี พรินท์ จำกัด.

- **การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings)**

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

ตัวอย่าง

วรวัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา, สุพจน์ วุฒิการณ์, ธนู พลอยเสื่อมแสง, สมัคร อนุตระกูลชัย และสุริธร สุนทรพันธ์. (2530). แนวโน้มของอุบัติการณ์ของนิ่วทางเดินปัสสาวะ ในช่วง 3 ทศวรรษ ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่. การสัมมนาแห่งชาติเรื่องนิ่วทางเดินปัสสาวะและ renal tubular acidosis ครั้งที่ 1; วันที่ 14-15 ธันวาคม 2530; ขอนแก่นโฮเต็ล จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ : เมดิคัล มีเดีย.

- **การอ้างอิงวิทยานิพนธ์**

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

ตัวอย่าง

กรกช วิจิตรจรัสแสง. (2557). สถานการณ์และปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก จังหวัดลำปาง ระหว่างปี 2546 – 2555. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์ เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- **บทความอิเล็กทรอนิกส์ทั่วไป**

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

ตัวอย่าง

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข 2553 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic53.pdf

Capinera, J.L. (2005). Abbott's Formula. Encyclopedia of entomology. [online] [cited 2020 May]; Available from: URL: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F0-306-%0948380-7_4

- **การอ้างอิงอื่นๆ**

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

ทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Attitudes, Intentions and Preventive Behaviors Regarding COVID-19 of Nurses in Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital

อิสรีย์ ปัญญาวรรณ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)	**Issaree Panyawan M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)**
จิตถนอม สังขนันท์ วท.ด. (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต)	**Jittanom Sangkhanan Ph.D. (Doctor of Philosophy)**
นงลักษณ์ อินตา พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)	**Nonglak Inta M.N.S. (Pediatric Nursing)**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai University

Received: Dec 14, 2021 **Revised:** Mar 7, 2022 **Accepted:** May 2, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 307 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมากร้อยละ 96.42 ความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 99.67 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดีร้อยละ 99.67 ทัศนคติและความตั้งใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (r=0.31 และ 0.36 ตามลำดับ, *p*-value=0.000) และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 97.60 (R^2=0.976) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มากที่สุด คือ ตัวแปรความตั้งใจ (β=0.72, *p*-value=0.000) ดังนั้นควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลมีความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น เช่น การตรวจสอบตนเอง การสังเกตพฤติกรรมของตนเอง และบันทึกพฤติกรรมตนเองอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ตนเอง การประเมินตนเองหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น

คำสำคัญ: ทัศนคติ, ความตั้งใจ, พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19

ABSTRACT

This study was a predictive related research aimed to investigate the attitudes, intentions, and preventive behaviors regarding COVID-19 and to determine factors associated with COVID-19 preventive behaviors among 307 nurses in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital by using stratified sampling method. The instrument used in this study was an online questionnaire with a reliability tested score of 0.82. Data were analyzed using descriptive statistics included the Spearman correlation coefficient, and multiple regression analysis. A significance level was set at *p*-value<0.05. Results of the study declared that the attitude scale toward COVID-19 prevention was at a high level of 96.42%. The intention score toward preventing COVID-19 was at a highest level of 99.67%. Preventive behaviors of COVID-19 were at a good level of 99.67%. Attitudes and intentions were positively correlated with COVID-19 preventive behaviors (r=0.30 and 0.36, respectively, *p*-value=0.000). In addition, both were able to predict the variance for preventing the infection to COVID-19 with 97.60% (R^2 =0.976). Intention was the greatest factor affecting the preventive behaviors of COVID-19 (β=0.72, *p*-value=0.000). This study inferred its usefulness enhancing attitudes, intentions, and behaviors to prevent further regarding COVID-19. Therefore, nurses should be encouraged and promoted to have determination in preventing COVID-19 infection in order to raise capability in preventive behaviors of the disease by self–monitoring, self–analysis, self–evaluation, and sending a feedback of information, etc.

Key words: Attitude, Intention, Preventive behaviors regarding COVID-19

บทนำ

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ข้อมูลวันที่ 4 มีนาคม 2565 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อประมาณ 3 ล้านราย ผู้เสียชีวิต 23,070 ราย สูงเป็นอันดับ 14 ของโลก แต่หากรวมการตรวจด้วย ATK จะอยู่ในอันดับ 7 ของโลก และอันดับ 4 ของเอเชีย หากพิจารณาสถิติรายสัปดาห์พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ของประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ ถึง 5 มีนาคม 2565 เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 และจำนวนเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 เมื่อเทียบกับสถิติผู้ติดเชื้อระหว่างวันที่ 20–26 กุมภาพันธ์ 2565 (World Health Organization, 2022) จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 มากที่สุดในภาคเหนือ โดยพบผู้ติดเชื้อยืนยัน (สะสม) ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงวันที่ 4 มีนาคม 2565 ทั้งหมด 13,657 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (สะสม) 68,580 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากการระบาดของโรคโควิด 19 ทางด้านสาธารณสุขมีผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้บุคลากร

ทางการแพทย์ต้องประสบกับภาระงานหนักและทำงานเป็นเวลานาน ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความตายของมนุษย์ทุกวัน ระดับของความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความทุกข์ ความเหนื่อยล้า ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การถูกตีตรา นอนไม่หลับ ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมและโรคหรืออาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบเหตุการณ์สะเทือนใจที่เรียกว่า PTSD (Post-traumatic stress disorder) เพิ่มมากขึ้น (Mehta *et al.*, 2021) พยาบาลเป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดเนื่องจากได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน และมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคโควิด 19 ทั้งเป็นผู้รับและผู้แพร่เชื้อในครอบครัวสถานที่ทำงาน และชุมชนได้

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้มีมาตรการการป้องกันและเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ การตรวจอุณหภูมิและล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนเข้าอาคาร การขอความร่วมมือผู้รับบริการงดเยี่ยม ในกรณีผู้ป่วยวิกฤต ญาติสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ครั้งละ 1 คน ส่วนผู้ป่วยพักห้องพิเศษ ญาติสามารถเฝ้าได้ 1 คน และการส่งยาทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วยล่วงหน้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามการติดเชื้อโรคโควิด 19 ยังพบได้ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งบ่งชี้ว่ามีการแพร่ระบาดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้ต้องปฏิบัติหน้าที่ทั้งในหอผู้ป่วยและนอกหอผู้ป่วยในการส่งเสริมป้องกันผู้ที่ยังไม่ป่วยให้ได้รับวัคซีน การคัดกรองผู้ป่วยโรคโควิด 19 ทำการรักษาและฟื้นฟูผู้ที่ได้รับเชื้อแล้ว ดังนั้นพยาบาลจึงมีความเสี่ยงสูงในการเป็นทั้งผู้รับหรือผู้แพร่กระจายเชื้อได้ จำเป็นต้องมีการป้องกันตัวเองไม่ให้มีการติดโรคโควิด 19 ตามแนววิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่ (New normal) ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือให้ถูกต้อง ไม่เอามือไปสัมผัสบริเวณใบหน้า เว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ใช้ชีวิตในพื้นที่ส่วนรวม รักษาระยะห่างประมาณ 2 เมตร สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญและจะเป็นมาตรฐานในการดำเนินชีวิตไปอีกนาน หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ต้องทำตลอดไป เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดโรคทางเดินหายใจอื่นๆ ไม่เฉพาะโรคโควิด 19 (ศรุตา นนท์ ชอบประดิษฐ์, 2563) ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งผลการศึกษาจะเกิดประโยชน์ต่อการนำองค์ความรู้ที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและการวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ให้แก่พยาบาลทุกคนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และเพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11-25 กันยายน 2564 โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 1,523 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในโฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้มาโดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร ฟังและ โต้ตอบภาษาไทยได้ดี

และยินดีเข้าร่วมวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 ราย จากจำนวนบุคลากรพยาบาลสังกัดฝ่ายการพยาบาลทั้งหมด โดยกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 และผู้ป่วยเข้าข่ายเฝ้าระวังโรคโควิด 19 และประวัติการติดโรคโควิด 19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 พัฒนาขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างจากองค์ประกอบของทัศนคติ 3 ด้าน คือ องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive component) องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective component) และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) (Triandis, 1971) จำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำถามดังนี้

ข้อคำถาม	ด้านบวก	ด้านลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	4	1
เห็นด้วยมาก	3	2
เห็นด้วยน้อย	2	3
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	4

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับต้องปรับปรุง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 14.00-28.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 28.01-42.00 คะแนน และระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 42.01-56.00 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้เครื่องมือของฐิติวดี ธรรมเจริญ และคณะ (2562) เนื้อหาข้อคำถามครอบคลุมความตั้งใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นลักษณะการประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ตั้งใจมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ตั้งใจมากเท่ากับ 4 คะแนน ตั้งใจน้อยเท่ากับ 3 คะแนน ตั้งใจน้อยที่สุดเท่ากับ 2 คะแนน และไม่ตั้งใจ เท่ากับ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับต้องปรับปรุง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 7.00–16.33 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 16.34–25.67 คะแนน และระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 25.68–35.00 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ, 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนมาก, 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง, 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งการแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์หลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับต้องปรับปรุง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 20.00–46.67 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน

เฉลี่ยระหว่าง 46.68–73.35 คะแนน และระดับดีมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 73.36– 100.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.77 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา 30 คน ที่ศูนย์ศรีพัฒน์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาล เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. หลังจากนั้นประชุมกับหัวหน้างาน ผู้ตรวจการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย เพื่อเชิญอาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองผ่านคิวอาร์โคด และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) หลังจากได้ทดสอบเครื่องมือ

4. จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละงานการพยาบาลให้ครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ และนำคิวอาร์โคดใส่ซองสีน้ำตาลโดยไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม จ่ายให้ในแต่ละงานเพื่อทำการแจกต่อไป ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11-25 กันยายน 2564

5. ดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละงานการพยาบาลในทุกๆ วัน

6. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัย

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของคะแนนทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

4. วิเคราะห์หาตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 364/2564 วันที่ 19 สิงหาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.15 อายุเฉลี่ย 41.10±11.96 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 83.39 ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.12 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 99.35 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 59.61 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ร้อยละ 76.87 และไม่เคยมีประวัติการติดโรคโควิด 19 ร้อยละ 97.39 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=307 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	4.23
หญิง	294	95.77
อายุ (ปี)		
20-30 ปี	91	29.64
31-40 ปี	54	17.59
41-50 ปี	63	20.52
51-60 ปี	99	32.25
Mean=41.10, S.D.=11.96, Max=59, Min=23		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	256	83.39
ปริญญาโท	51	16.61
ประสบการณ์การทำงาน		
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี	68	22.15
6-10 ปี	36	11.73
มากกว่า 10 ปี	203	66.12
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19		
เคย	305	99.35
ไม่เคย	2	0.65
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19		
เคย	183	59.61
ไม่เคย	124	40.39

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=307 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเข้าข่ายเฝ้าระวังโรคโควิด 19		
เคย	236	76.87
ไม่เคย	71	23.13
ประวัติการติดโรคโควิด 19		
เคย	8	2.61
ไม่เคย	299	97.39

2. ทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

2.1 ทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ภาพรวม

ผลการศึกษาทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ภาพรวมพบว่า คะแนนส่วนใหญ่ของทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.42 โดยมีค่าคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 47.39 คะแนน คะแนนความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 99.67 โดยมีค่าคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 34.54 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 99.67 โดยมีค่าคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 94.33 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (n=307 คน)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19		
ระดับปานกลาง (28.01-42.00 คะแนน)	11	3.58
ระดับมาก (42.01-56.00 คะแนน)	296	96.42
Median=47.39, Max=56.00, Min=40.00		
ความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19		
ระดับปานกลาง (16.34-25.67 คะแนน)	1	0.33
ระดับมาก (25.68-35.00 คะแนน)	306	99.67
Median=34.54, Max=35.00, Min=23.00		
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19		
ระดับปานกลาง (46.68-73.35 คะแนน)	1	0.33
ระดับดี (73.36-100.00 คะแนน)	306	99.67
Median=94.33, Max=100.00, Min=66.00		

2.2 ทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 รายข้อ

ระดับคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายได้คะแนนเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 3.99 รองลงมาคือ การป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 และการทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธีได้คะแนนเฉลี่ยรายข้อ เท่ากับ 3.98 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล จำแนกตามคะแนนทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ (n=307 คน)

ทัศนคติ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. การป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 มีความสำคัญและมีประโยชน์	3.98	01.3	มาก
2. บุคลากรทุกคนต้องมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด19	3.97	0.18	มาก
3. ในอนาคตโรคติดเชื้อโควิด 19 จะหายไป	2.55	1.15	ปานกลาง
4. ความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19 สามารถเกิดขึ้นได้ หากไม่ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติ	3.93	0.37	มาก
5. ไม่จำเป็นต้องคัดกรองประวัติผู้ป่วยก่อนการปฏิบัติงานเนื่องจากพยาบาลฉีดวัคซีนครบแล้ว	3.57	0.99	มาก
6. รู้สึกวิตกกังวลคิดว่าตัวเองติดเชื้อโควิด 19	2.61	1.03	ปานกลาง
7. พยาบาลไม่ควรปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19	3.83	0.43	มาก
8. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ยังมีความหวังในการรักษา	3.82	0.42	มาก
9. ไม่ควรสัมผัส หู ตา จมูก ปาก หรือการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว ช้อน เป็นต้น	3.95	0.23	มาก
10. การใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย เช่น หน้ากากอนามัยหรือ face shield หรือ PPE อย่างถูกวิธีเป็นสิ่งที่จำเป็น	3.99	0.11	มาก
11. การทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธีเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19	3.98	0.13	มาก
12. การปฏิบัติการพยาบาลหรือเข้าร่วมประชุม/สัมมนาในห้องที่เปิดเครื่องปรับอากาศมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้	3.76	0.50	มาก
13. รักษาระยะห่าง 2 เมตรเพื่อป้องกันละอองฝอยที่มาจากการไอหรือจามของผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19	3.90	0.31	มาก
14. การแยกขยะทั้งหมดของผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น	3.08	1.35	มาก

ระดับความตั้งใจในการป้องกันการโรคโควิด 19 รายด้าน พบว่าทุกด้านในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อยู่ในระดับมาก โดยที่ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจมากที่สุดคือ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย รองลงมาคือ ด้านการแยกผู้ป่วย ส่วนด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจน้อยที่สุดคือ ด้านการทำความสะอาดมือและด้านการให้คำแนะนำผู้ป่วย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล จำแนกตามระดับความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อในด้านต่างๆ (n=307 คน)

ความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านการทำความสะอาดมือ			
- ทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธีทุกครั้งเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย	4.89	0.31	มาก
ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย			
- ใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างครบถ้วนให้เหมาะสมกับกิจกรรมการพยาบาลเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยโควิด 19	4.96	0.20	มาก
- ใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างถูกวิธีทุกครั้งเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่สงสัยหรือผู้ป่วย โควิด 19	4.97	0.19	มาก
ด้านการแยกผู้ป่วย			
-แยกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเมื่อพบผู้ป่วยสงสัยถือผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19	4.95	0.22	มาก
ด้านการจัดการเครื่องผ้า			
-จัดการผ้าเปื้อนอย่างถูกวิธีในผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยโควิด 19	4.92	0.28	มาก
ด้านการจัดการขยะมูลฝอย			
-แยกขยะมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องในผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยโควิด 19	4.94	0.25	มาก
ด้านการให้คำแนะนำผู้ป่วย			
-ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยติดเชื้อทุกรายในการป้องกันตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นอย่างครบถ้วน	4.89	0.38	มาก

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 รายข้อ พบว่าทุกข้ออยู่ในระดับดี ข้อที่มีจำนวนพฤติกรรมมากที่สุดคือ การไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หมวกกันน็อค เป็นต้น ได้คะแนนเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 4.91 รองลงมา คือพฤติกรรมทำความสะอาดมือบ่อยๆ โดยใช้สบู่และน้ำหรือเจลทำความสะอาดมือที่มีส่วนผสมหลักเป็นแอลกอฮอล์ ได้คะแนนเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 4.90 ส่วนข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หยุดพักรักษาตัวที่บ้าน แจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบเมื่อมีไข้ อ่อนเพลีย มีน้ำมูก ได้คะแนนเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 4.57 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ (n=307 คน)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด19	Mean	S.D.	การแปลผล
1. การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลไม่น้อยกว่า 6 ฟุตหรือ 2 เมตรเมื่อต้องมีการพูดคุยกับบุคคลอื่น	4.16	0.96	ระดับดี
2. การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น	4.86	0.39	ระดับดี
3. ทำความสะอาดมือบ่อยๆ โดยใช้สบู่และน้ำ หรือเจลทำความสะอาดมือที่มีส่วนผสมหลักเป็นแอลกอฮอล์	4.90	0.31	ระดับดี
4. การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าอาคาร	4.81	0.50	ระดับดี
5. การตรวจคัดกรองผู้ป่วยเชื้อโควิด 19 ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ติดเชื้อก่อนเข้ารับบริการ	4.83	0.54	ระดับดี
6. การแยกขยะหรือผ้าเปื้อนของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19	4.81	0.69	ระดับดี
7. การทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์หลังสัมผัสจุดเสี่ยง เช่น ลูกบิดหรือที่จับประตู โทรศัพท์ และปุ่มกดลิฟต์ เป็นต้น	4.70	0.61	ระดับดี
8. เปลี่ยนหน้ากากอนามัยเมื่อหน้ากากเปียกชื้น สกปรก หรือเปลี่ยนทันทีเมื่อออกจากสถานที่แออัด	4.81	0.47	ระดับดี
9. การจัดลำดับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 หรือผู้ป่วยอื่นๆ	4.82	0.56	ระดับดี
10. งดรับประทานอาหารร่วมกัน หากจำเป็นต้องรับประทานอาหารร่วมกันต้องมีฉากแบ่งกั้น	4.63	0.62	ระดับดี
11. การไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ เป็นต้น	4.91	0.39	ระดับดี
12. การปิดจมูกและปากด้วยข้อพับด้านในข้อศอกหรือกระดาษชำระเมื่อไอหรือจาม	4.64	0.76	ระดับดี
13. การสวม/การถอดหน้ากากอนามัยหรือชุด PPE อย่างถูกต้อง	4.83	0.54	ระดับดี
14. งดเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงโรคระบาดหรือการหลีกเลี่ยงเข้าสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือแออัดและมีอากาศถ่ายเทไม่เพียงพอ	4.73	0.45	ระดับดี
15. ทำความสะอาดและทำลายเชื้อพื้นผิวบ่อยๆ โดยเฉพาะบริเวณที่มีการสัมผัสเป็นประจำ เช่น ที่จับประตู ก๊อกน้ำ และหน้าจอโทรศัพท์	4.61	0.63	ระดับดี
16. การหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณตา ปาก และจมูก	4.71	0.63	ระดับดี
17. ไม่ควรสัมผัสมือ กอดกับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลรอบข้าง	4.60	0.51	ระดับดี
18. การจัดระยะห่างระหว่างบุคคล เช่น ที่นั่ง เตียงผู้ป่วย การยืนต่อคิวไม่น้อยกว่า 1-2 เมตร	4.60	0.67	ระดับดี
19. จัดเก็บและทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วอย่างถูกวิธี	4.79	0.45	ระดับดี
20. หยุดพักรักษาตัวที่บ้าน แจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบเมื่อมีไข้อ่อนเพลีย มีน้ำมูก	4.57	1.09	ระดับดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (r_s=0.31, 0.36 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ทัศนคติกับความตั้งใจไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (n=307 คน)

ตัวแปร	ทัศนคติ		ความตั้งใจ	
	r_S	*p*-value	r_S	*p*-value
ความตั้งใจ	0.09	0.14		
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19	0.31	0.000*	0.36	0.000*

**p*-value<0.05

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด พบว่า ตัวแปรทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 97.60 ดังตารางที่ 7 โดยสามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

$$Y_{\text{พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19}} = 0.56_{\text{ทัศนคติ}} + 1.96_{\text{ความตั้งใจ}}$$

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมดระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=307 คน)

ตัวแปรพยากรณ์	b	S.E.	Beta	t	*p*-value
ทัศนคติ	0.56	0.08	0.28	7.00	0.000
ความตั้งใจ	1.96	0.11	0.72	17.86	0.000
R=0.998, R^2=0.976, Adjust R^2=0.996, F=32.63, *p*-value=0.000					

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายการป้องกันโรคโควิด 19 และการทำความสะอาดมืออย่างถูกวิธี เมื่อมีทัศนคติที่ดีต่อโรคโควิด 19 จะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 มากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยและการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการโรคโควิด 19 (ณัฏฐวรรณ คำแสน, 2564; ดรัญชนก พันธ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564; ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม, 2563; Djamaluddin *et al*., 2021; Saqlain *et al*., 2020) แตกต่างจากการศึกษาของสมบัติ พรหมณี (2565) ที่พบว่า ทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และการศึกษาของสุกัญญา ชิตวิลัย (2556) ที่พบว่า ทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่าผู้ที่มีความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อน้อย โดยความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อมากที่สุด คือ ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ซึ่งเป็นไปได้ว่า การทำงานในโรงพยาบาลมีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยคำนึงว่าผู้ป่วยทุกรายอาจมีเชื้อโรคที่สามารถติดต่อได้ทางเลือดและสารคัดหลั่งจากร่างกายทุกชนิด ดังนั้นจึงมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคแบบมาตรฐาน (Standard precautions) โดยการล้างมือและการสวมถุงมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในบุคลากรโรงพยาบาลในประเทศอิหร่านปี 2563 โดยอิงจากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน ที่พบว่าความตั้งใจในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับที่น่าพอใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (Bashirian *et al*., 2020)

ส่วนทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 เนื่องจากช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ใช้เวลากับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง (Smith *et al*., 2020) และความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มระดับความกลัว ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของพยาบาล (Rabi *et al*., 2021) ดังนั้นอาจทำให้เกิดทัศนคติต่อโรคโควิด 19 ในทางลบ แต่เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของพยาบาล คือการดูแลร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้ต้องมีความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อไม่ให้เกิดกับตนเองและผู้อื่นต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลตามการรับรู้ของความตั้งใจที่จะใช้การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศจีน ที่พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อความตั้งใจของบุคคลในการมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดน้อยที่สุด (Ahmad *et al*., 2020) แตกต่างจากการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 (Rakotoarisoa *et al*., 2021)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 97.60 นั่นคือเมื่อมีทัศนคติและมีความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 มากขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซ็น (Ajzen, 1985) ที่ระบุว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมานั้นต้องผ่านกระบวนการของความตั้งใจซึ่งมีความสำคัญในการกำหนดการกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยเป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม โดยได้รับอิทธิพล 3 ประการ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ทำนองเดียวกันพฤติกรรมของผู้คนดำเนินไปอย่างสมเหตุสมผลมาจากความเชื่อ ทัศนคติ และความตั้งใจ (Ajzen & Fishbein, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ในวัยรุ่นในเกาหลีใต้พบว่า ความตั้งใจมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม (Park & Oh, 2022)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลมีความตั้งใจในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยการตรวจสอบตนเองด้วยวิธีการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ตนเอง การประเมินตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้รางวัล การกระตุ้นเป้าหมายด้านพฤติกรรม และการวางแผนการสนับสนุนทางสังคม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพยาบาลหรือบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความจริง การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโควิด 19 ของบุคลากรทางการพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยเสี่ยง บรรทัดฐานส่วนตัว การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อโควิด 19 เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สนับสนุนโดยทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอขอบคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และศูนย์ศรีพัฒน์ ขอขอบคุณพยาบาลทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวโน้มผู้ติดเชื้อ ตามกลุ่มเสี่ยงต่างๆ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 4 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=select-trend-type

ฐิติวดี ธรรมเจริญ, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ และธานี แก้วธรรมานุกูล. (2562). ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางของพยาบาลวิชาชีพ. พยาบาลสาร, 46(3), 14-24.

ณัฏฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4(1), 33-48.

ดรัญชนก พันธ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(5), 597-604.

ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญนภา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35(3), 555-564.

ศรุตานนท์ ชอบประดิษฐ์. (2563). วิกฤตโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างไร. วารสารชัยภูมิปริทัศน์, 3(2), 1-14.

สมบัติ พรหมณี. (2565). ความรู้ เจตคติและพฤติกรรม ตามแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานส่งอาหาร ในจังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครนายก. 2(1), 1-15.

สุกัญญา ชิตวิลัย. (2556). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดราชบุรี. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. [สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/10727

Ahmad, M., Iram, K., & Jabeen, G. (2020). Perception-based influence factors of intention to adopt COVID-19 epidemic prevention in China. Environmental research, 190, 1-9.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In Action control (pp. 11-39). Springer, Berlin, Heidelberg.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior.

Bashirian, S., Jenabi, E., Khazaei, S. *et al.* (2020). Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the Protection Motivation Theory. Journal of Hospital Infection, 105(3), 430-433.

Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill Book Company.

Djamaluddin, N., Anwar, A. I., Pasiga, B., Samad, R., Pratiwi, R., & Homans, R. V. D. L. (2021). Assessment of Knowledge, Attitudes and Practice of Preclinical Students of The Faculty of Dentistry of Hasanuddin University About Covid-19 During The Pandemic Period. Journal of Dental Medical Public Health, 1(1), 34-47.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement, 30(3), 607-610.

Mehta, S., Machado, F., Kwizera, A. *et al.* (2021). COVID-19: a heavy toll on health-care workers. The Lancet Respiratory Medicine, 9(3), 226-228.

Park, S., & Oh, S. (2022). Factors associated with preventive behaviors for COVID-19 among adolescents in South Korea. Journal of pediatric nursing, 62, e69-e76.

Rabi, R., Maraqa, B., Nazzal, Z., & Zink, T. (2021). Factors affecting nurses' intention to accept the COVID‐19 vaccine: A cross-sectional study. Public Health Nursing, 38(5), 781-788.

Rakotoarisoa, F. M., Praptapa, A., Suyono, E., & Usuman, I. (2021). Factors influencing preventive intention behavior towards COVID-19 in Indonesia. The Journal of Behavioral Science, 16(1), 14-27.

Saqlain, M., Munir, M. M., Rehman, S. U. *et al.* (2020). Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. Journal of Hospital infection, 105(3), 419-423.

Smith, G. D., Ng, F., & Li, W. H. C. (2020). COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. Journal of clinical nursing, 29(9-10), 1425-1428.

Triandis, H. C. (1971). Attitude and Attitude Change. Wiley Foundations of Social Psychology Series.

World Health Organization. (2022). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [online]. [cited 24 November 2021]; Available from: URL: https://covid19.who.int/

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกึ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่

Prevalence and Risk Factors of Chronic Kidney Disease in Type 2 Diabetes in Suburban Areas of Chiang Mai Province

บดินทร์ จักรแก้ว พ.บ. **Bordin Jakkaew M.D.**

โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ Hang Dong Hospital, Chiang Mai Province

Received: May 5, 2022 **Revised:** Jun 10, 2022 **Accepted:** Jun 30, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตกึ่งเมือง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกึ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 520 คน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรและอัตราความชุก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ร้อยละ 34.42 และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไตเรื้อรัง ร้อยละ 65.58 เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 3.99 เท่า ของกลุ่มอายุน้อยกว่า 70 ปี (OR_{adj}=3.99, 95%CI=2.61-6.08) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 1.84 เท่า ของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี (OR_{adj}=1.84, 95%CI=1.23-2.73) และผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือด HDL น้อยกว่า 35 mg/dL มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 2.17 เท่า ของผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือด HDL มากกว่าหรือเท่ากับ 35 mg/dL (OR_{adj}=2.17, 95%CI=1.28-3.68) ดังนั้นการคัดกรองที่รวดเร็ว เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง ติดตามระยะความรุนแรงของภาวะไตวายเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี จะสามารถชะลอภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานได้

คำสำคัญ: ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง, ไตวายเรื้อรัง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to assess prevalence and risk factors of chronic kidney disease among purposive sampled 520 patients with type 2 diabetes mellitus (DM) in the suburban areas of Chiang Mai province. Selection of the samples were accounted from patients'registrations at health-promoting hospitals andor the district hospital in Hang Dong district. The study carried out from 1 October 2019 to 31 December 2020. The demographic data and the prevalence rate were analyzed by using descriptive statistics. Factors associated with chronic kidney diseases were evaluated via multiple logistic regression (MLR) analysis with 95% confidence interval. The result revealed the prevalent rate of the chronic kidney disease in accordance with type 2 DM was 34.42%.MLR analysis of the risk factors presented the patients aged 70 years or older were likely to develop kidney complications 3.99 times (ORadj=3.99, 95%CI=2.61-6.08) than that who were less than 70 years; the patients with chronic DM equal to or longer than 10 years had 1.84 times (ORadj=1.84, 95%CI=1.23-2.73) more likely to develop kidney disease than that of patients with DM less than 10 years. Interestingly, the patients with HDL in blood less than 35 mg/dL, were 2.17 times (ORadj=2.17, 95%CI=1.28-3.68) more likely to develop kidney complications than that who had higher HDL. Therefore, surveillance systems must be continuously improved to monitor severity of chronic kidney disease especially with elderly and those who had DM last to 10 years or more. In addition, the encouragement is an appropriate exercise to reduce an opportunity to develop kidney complications.

Key words: Prevalence, Risk factors, Chronic kidney disease, Type 2 diabetic patients

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2563 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด 84,707 คน อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานในจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2563 เท่ากับ 412.62 รายต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2563)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ คือ น้อยกว่า 130 mg/dL มีอัตราที่ลดลงจากร้อยละ 28.5 เป็นร้อยละ 23.53 ส่งผลให้

อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยสูงถึง 200 คนต่อวัน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงไตทำให้ไตขับของเสียได้น้อยลง เกิดภาวะของเสียคั่งในร่างกายและยังทำให้มีโปรตีนรั่วมากับปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบได้ประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการสำรวจในประเทศไทย นอกจากนี้โรคไตวายเรื้อรังจากเบาหวานยังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ พบประมาณร้อยละ 30.1 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย (อัจจิมา กาญจนาภา, 2558)

สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางไตไม่ได้เกิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานทุกคน พบประมาณร้อยละ 10-20 เท่านั้น ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต อาทิ ระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคอ้วน (Mohamed *et al.*, 2013 อ้างถึงใน เกตุแก้ว จันทร์จำรัส, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ร่วมกับระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม การมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง (จิรวัฒน์ สีตื้อ, 2562) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ภาคเหนือมากนัก โดยเฉพาะในเขตพื้นที่กึ่งเมืองซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางประชากร มีการผสมผสานของวิถีชีวิตวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม จารีตประเพณีในแบบชุมชนชนบทและชุมชนเมือง โดยผู้วิจัยเลือกพื้นที่เขตอำเภอหางดง เป็นอำเภอหนึ่งในเขตปริมณฑลของจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นอำเภอกึ่งเมืองที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว แต่บางพื้นที่ของอำเภอหางดงยังคงวัฒนธรรมความเป็นอยู่แบบชุมชนชนบท ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจะทำให้ทราบถึงความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไต รวมทั้งทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือวางแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อชะลอภาวะแทรกซ้อนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) และการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบ Case-Control Study แบบ Unmatched Case-Control เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดงและ/หรือในโรงพยาบาลหางดง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดงและ/หรือในโรงพยาบาลหางดง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563 จำนวนทั้งสิ้น 5,321 คน

กลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มควบคุมคือ สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.32 และสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.54 ค่า Odds Ratio เท่ากับ 2.4 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 และสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% มีการปรับค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ เท่ากับ 0.6 (ทักษพร ฝอดสูงเนิน, 2560) ได้ขนาดกลุ่มศึกษา 148 คน การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดอัตราส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุม เป็น Case:Control=1:1 หากในการวิจัยที่ Case:Control=1:1 ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 296 คน แต่เนื่องด้วยข้อจำกัด rare case ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดอัตราส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุม เป็น Case:Control=1:3 จึงทำให้กลุ่มที่ศึกษา เท่ากับ 98 คน และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 294 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติม ได้กลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 179:341 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งหมดเท่ากับ 520 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วย (Case) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีค่า eGFR<60 ml/min/1.73 m^2 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดง และ/หรือในโรงพยาบาลหางดง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563 และอาศัยอยู่ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีค่า eGFR>60ml/min/1.73 m^2 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดง และ/หรือในโรงพยาบาลหางดง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563 และอาศัยอยู่ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes mellitus type 2, DM type 2) หรือได้รับการวินิจฉัยในเวชระเบียนตามระบบ ICD10 กลุ่ม E11 (บัญชา สถิระพจน์, 2554) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและมีประวัติมาตรวจติดตามการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดงและ/หรือในโรงพยาบาลหางดง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes mellitus type 2, DM type 2) หรือได้รับการวินิจฉัยในเวชระเบียนตามระบบ ICD10 กลุ่ม E11 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีข้อมูลการตรวจค่า serum creatinine ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes mellitus type 2, DM type 2) หรือได้รับการวินิจฉัยในเวชระเบียนตามระบบ ICD10 กลุ่ม E11 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีโรคไตร่วมจากสาเหตุอื่น เช่น นิ่วในไต โรคถุงน้ำในไตชนิดหลายถุง (Polycystic kidney) และโรคเอสแอลอี (Systemic lupus nephritis) เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วม รายงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีล่าสุด ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ระดับไขมันในเลือด ได้แก่ HDL LDL Cholesterol และ Triglyceride

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดง และ/หรือในโรงพยาบาลหางดง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน โปรแกรม JHCIS และ Hos XP ใช้เวลาประมาณ 30 วัน และนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์หาอัตราความชุก และข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ Univariate analysis กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis และนำเสนอค่า Adjusted odds ratio กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% โดยตัวแปรที่ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยวที่มีค่า p-value$\leq$0.20 วิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุดด้วยวิธีคัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ REC No. CM32/2564 เลขที่โครงการ 32/2564 เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2565

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาต่อเนื่องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดง และ/หรือในโรงพยาบาลหางดง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563 เข้าเกณฑ์การวิจัยทั้งหมด 520 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง ร้อยละ 34.42 และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไตเรื้อรัง ร้อยละ 65.58 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง พบมากในเพศหญิง ร้อยละ 59.78 เพศชาย ร้อยละ 40.22 อายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 53.07 มีค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 กก./เมตร^2 ร้อยละ 42.46 และมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./เมตร^2 ร้อยละ 34.64 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.98 มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 70.39 ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg/dL ร้อยละ 59.22 ระดับไขมันในเลือด HDL มากกว่าหรือเท่ากับ 35 mg/dL ร้อยละ 79.89 ระดับไขมันในเลือด LDL น้อยกว่า 100 mg/dL ร้อยละ 55.87 ระดับไขมันในเลือด Cholesterol น้อยกว่า 200 mg/dL ร้อยละ 78.77 ระดับไขมันในเลือด Triglyceride น้อยกว่า 200 mg/dL ร้อยละ 80.45

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไตเรื้อรัง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.13 เพศชาย ร้อยละ 44.87 อายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 83.58 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./เมตร^2 ร้อยละ 44.28 มีค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.99 กก./เมตร^2 ร้อยละ 30.79 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 62.46 มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 65.98 ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg/dL ร้อยละ 67.45 ระดับไขมันในเลือด HDL มากกว่าหรือเท่ากับ35 mg/dL ร้อยละ 88.27 และระดับไขมันในเลือด LDL มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dL ร้อยละ 51.32 ระดับไขมันในเลือด Cholesterol น้อยกว่า 200 mg/dL ร้อยละ 77.42 ระดับไขมันในเลือด Triglyceride น้อยกว่า 200 mg/dL ร้อยละ 85.04 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังกับผู้ป่วยภาวะไตปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=520 คน)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=179)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=341)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	72	40.22	153	44.87
หญิง	107	59.78	188	55.13
อายุ (ปี)				
< 70	95	53.07	285	83.58
≥ 70	84	46.93	56	16.42
Mean (S.D.)	69.15 (10.13)		61.21 (10.00)	
Median (Min, Max)	69 (27, 95)		62 (26, 89)	
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./เมตร^2)				
< 18.50	7	3.91	9	2.64
18.50-22.99	76	42.46	105	30.79
23-24.99	34	18.99	76	22.29
≥ 25	62	34.64	151	44.28
Mean (S.D.)	24.22 (4.53)		25.17 (4.25)	
Median (Min, Max)	23.24 (15.28, 44.26)		24.61 (14.88, 41.02)	
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)				
< 10	77	43.02	213	62.46
≥ 10	102	56.98	128	37.54
Mean (S.D.)	11.09 (5.25)		8.51 (5.19)	
Median (Min, Max)	11 (1, 25)		8 (1, 37)	
โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม				
มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม	126	70.39	225	65.98
ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม	53	29.61	116	34.02
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)				
< 7 mg/dL	73	40.78	111	32.55
≥ 7 mg/dL	106	59.22	230	67.45
ระดับไขมันในเลือด HDL				
< 35 mg/dL	36	20.11	40	11.73
≥ 35 mg/dL	143	79.89	301	88.27

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะไตเรื้อรังกับผู้ป่วยภาวะไตปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=520 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา (n=179)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=341)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไขมันในเลือด LDL				
< 100 mg/dL	100	55.87	166	48.68
≥ 100 mg/dL	79	44.13	175	51.32
ระดับไขมันในเลือด Cholesterol				
< 200 mg/dL	141	78.77	264	77.42
≥ 200 mg/dL	38	21.23	77	22.58
ระดับไขมันในเลือด Triglyceride				
< 200 mg/dL	144	80.45	290	85.04
≥ 200 mg/dL	35	19.55	51	14.96

กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาต่อเนื่องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดง และ/หรือในโรงพยาบาลหางดง มีค่าการทำงานของไต (eGFR) ≥ 60 ml/min/1.73 m^2 จำนวน 341 คน (ร้อยละ 65.58) กลุ่มผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรัง eGFR<60 ml/min/1.73 m^2 จำนวน 179 คน (ร้อยละ 34.42) แบ่งเป็น CKD stage 3a จำนวน 105 คน (ร้อยละ 20.19) CKD stage3b 45 คน (ร้อยละ 8.66) CKD stage4 19 คน (ร้อยละ 3.65) และ CKD stage5 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 1.92) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามค่าการทำงานของไต (eGFR) (n=520 คน)

ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD stages)	ค่าการทำงานของไต (eGFR) ml/min/1.73 m^2	จำนวน	ร้อยละ
ระยะที่ 1	≥ 90	90	17.31
ระยะที่ 2	60-89	251	48.27
ระยะที่ 3a	45-59	105	20.19
ระยะที่ 3b	30-44	45	8.66
ระยะที่ 4	15-29	19	3.65
ระยะที่ 5	< 15	10	1.92

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว พบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาต่อเนื่องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดง และ/หรือในโรงพยาบาลหางดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ (OR=4.50, 95%CI=2.99-6.78) ค่าดัชนีมวลกาย (OR=0.60, 95%CI=0.41-0.88) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (OR=2.20, 95%CI=1.59-3.19) ระดับไขมันในเลือด HDL (OR=1.89, 95%CI=1.16-3.10) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (n=520 คน)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=179)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=341)	OR	95%CI	*p*-value
เพศ					
ชาย	72	153			
หญิง	107	188	1.21	0.84-1.75	0.310
อายุ (ปี)					
< 70	95	285			
≥ 70	84	56	4.50	2.99-6.78	0.000*
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./เมตร^2)					
ปกติ (18.50-22.99)	76	105			
ผิดปกติ (<18.50 และ ≥23.00)	103	236	0.60	0.41-0.88	0.008*
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)					
< 10	77	213			
≥ 10	102	128	2.20	1.59-3.19	0.000*
โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม					
มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม	126	225			
ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม	53	116	0.82	0.55-1.21	0.308
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)					
< 7 mg/dL	73	111			
≥ 7 mg/dL	106	230	0.70	0.48-1.02	0.063
ระดับไขมันในเลือด HDL					
≥ 35 mg/dL	143	301			
< 35 mg/dL	36	40	1.89	1.16-3.10	0.011*

*p-value<0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (n=520 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=179)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=341)	OR	95%CI	*p*-value
ระดับไขมันในเลือด LDL					
< 100 mg/dL	100	166			
≥ 100 mg/dL	79	175	0.75	0.52-1.08	0.120
ระดับไขมันในเลือด Cholesterol					
< 200 mg/dL	141	264			
≥ 200 mg/dL	38	77	0.92	0.60-1.43	0.724
ระดับไขมันในเลือด Triglyceride					
< 200 mg/dL	144	290			
≥ 200 mg/dL	35	51	1.38	0.86-2.22	1.181

*p-value<0.05

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อมีการควบคุมตัวแปรกวน (Confounder) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 3.99 เท่า ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 70 ปี (OR_{adj}=3.99, 95%CI=2.61-6.08) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 1.84 เท่า ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี (OR_{adj}=1.84, 95%CI=1.23-2.73) และระดับไขมันในเลือด HDL น้อยกว่า 35 mg/dL มีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 2.17 เท่า ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับไขมันในเลือด HDL มากกว่าหรือเท่ากับ 35 mg/dL (OR_{adj}=2.17, 95%CI= 1.28-3.68) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบถดถอยพหุลอจิสติก

ปัจจัย	OR	95%CI	*p*-value	OR_{adj}	95%CI	*p*-value
อายุ (ปี)						
< 70						
≥ 70	4.50	2.99-6.78	0.000*	3.99	2.61-6.08	0.000*

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบถดถอยพหุลอจิสติก (ต่อ)

ปัจจัย	OR	95%CI	*p*-value	OR_{adj}	95%CI	*p*-value
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./เมตร^2)						
ปกติ (18.50-22.99)						
ผิดปกติ(<18.50 และ> 23.00)	0.60	0.41-0.88	0.008*	0.72	0.48-1.08	0.111
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน						
< 10 ปี						
≥ 10 ปี	2.20	1.53-3.19	0.000*	1.84	1.23-2.73	0.003*
ระดับไขมันในเลือด HDL						
≥ 35 mg/dL						
< 35 mg/dL	1.89	1.16-3.10	0.011*	2.17	1.28-3.68	0.004*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 34.42 ส่วนใหญ่ความรุนแรงอยู่ในระยะ 3a ร้อยละ 20.19 และระยะ 3b ร้อยละ 8.66 ระยะที่ 4 ร้อยละ 3.65 และความรุนแรงระยะที่ 5 ร้อยละ 1.92 สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 2.9-13 จากประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน ผู้ป่วยเบาหวาน พบความชุกของโรคไตวายเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด (จุรีพร คงประเสริฐ และคณะ, 2558) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของการวิจัยนี้ใกล้เคียงกันสอดคล้องกับการศึกษาในเขตภาคใต้ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 29.4 (อัจฉรา เจริญพิริยะ และคณะ, 2560) การศึกษาในพื้นที่ภาคกลางของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบความชุกโรคไตจากเบาหวาน ร้อยละ 46.0 (เกตุแก้ว จันทร์จำรัส, 2558) โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบความชุกโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 48.0 (กรอง จันทร์เปรมปรี, 2564) การศึกษาในพื้นที่ภาคอีสาน พบความชุกของการเกิดโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 16.13 (ณิชชาภัทร ยอดแคล้ว และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ, 2562) การศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่ พบมีความชุกร้อยละ 30.0 (จิรวัฒน์ สีตื้อ, 2562) จากการศึกษาของประเทศไทยพบความชุกของการ

เกิดโรคไตวายเรื้อรังในพื้นที่ต่างๆ โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 ที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง (จุรีพร คงประเสริฐ และคณะ, 2558) ซึ่งความรุนแรงของไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ยังไม่แสดงอาการให้เห็นชัด อัตราการกรองของเสียของไตที่ทำงานลดลงอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ปรับวิถีชีวิต และการดูแลตนเองไม่สอดคล้องกับภาวะโรค ความรุนแรงจะดำเนินเข้าสู่ระยะที่ 4 และ 5 ซึ่งสาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2563 พบโรคไตจากเบาหวาน ร้อยละ 41.50 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ภาวะไตวายเรื้อรังหากไม่ได้รับการรักษาอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนั้นโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนยังสร้างภาระต่องบประมาณด้านการดูแลสุขภาพของประเทศเป็นอย่างมาก ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญหนึ่งในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือ การป้องกันหรือการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (จุรีพร คงประเสริฐ และคณะ, 2558)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี มีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 3.99 เท่า (95%CI=2.61-6.08) ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 70 ปี ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้โอกาสเกิดต่ำกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 70 ปีเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง 7.34 เท่า (95%CI=4.18-12.90) (ทักษพร ฝอดสูงเนิน, 2560) และการศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่ พบอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น 1.042 เท่า (จิรวัฒน์ สีตื้อ, 2562) จะเห็นว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีความเสื่อมลง การทำงานของไตก็เช่นเดียวกัน อายุที่เพิ่มมากขึ้นขนาดและจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลง ตลอดเลือดมาเลี้ยงไตลดลงด้วย จากสถิติเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป อัตราการกรองของไตจะลดลง 1 ml/min/1.73 m^2 (Zhang & Rothenbacher, 2008) และยังพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นโครงสร้างของไตมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงไตจะลดลงร้อยละ 1 และเมื่ออายุ 70 ปี การทำงานของไตจะลดลงร้อยละ 50 หรือมากกว่า ผลที่ตามมาจากเลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลง ซึ่งการสูญเสียหน่วยไตส่งผลให้อัตราการกรองลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดไตเสื่อมสูงมาก ประกอบกับหากมีโรคเรื้อรังที่ต้องมีการใช้ยาที่มีผลทำลายไต หรือมีโรคที่ทำลายการทำงานของไตก็ยิ่งส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น (Ali & Gray-Vickrey, 2011)

ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 1.84 เท่า (95%CI=1.23-2.73) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยในพื้นที่จังหวัดแพร่ พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวานมานานโดยเฉพาะมากกว่า 20 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 9.706 เท่า (จิรวัฒน์ สีตื้อ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลด่านซ้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบระยะการเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 10 ปี เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง 1.49 เท่า (กรอง จันทร์เปรมปรี, 2564) จากการศึกษาของสายฝน ม่วงคุ้ม และคณะ (2560) พบว่าผู้ที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 6-10 ปี, 11-15 ปี และมากกว่า 20 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก 2.10 เท่า, 3.68 เท่า และ

7.47 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ดังนั้นในการบันทึกข้อมูลวันที่ที่ได้รับการวินิจฉัย หรือข้อมูลระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานในเวชระเบียนหรือข้อมูลการรักษาของสถานพยาบาลทุกระดับเป็นข้อมูลหนึ่งที่สำคัญในการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอการดำเนินโรคแทรกซ้อน

ระดับไขมันในเลือด HDL มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับไขมันในเลือด HDL น้อยกว่า 35 mg/dL มีโอกาสเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 2.17 เท่า (95%CI= 1.28-3.68) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับไขมันในเลือด HDL มากกว่าหรือเท่ากับ 35 mg/dL สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบ HDL-C เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยค่าที่ต่ำของระดับ HDL-C (HDL-C<40.0 mg/dL) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) 1.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับค่าสูงของระดับ HDL-C (HDL-C>40.0 mg/dL) (95%CI= 1.1-2.0) (เกตุแก้ว จันทร์จำรัส, 2558) และจากการศึกษาผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าเฉลี่ย eGFR หรือชะลอภาวะไตเสื่อม ได้แก่ โปรตีนในปัสสาวะ (microalbuminuria) ปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ระดับไขมันโดยรวม (Total Cholesterol) ปริมาณไขมันชนิดดี (HDL-cholesterol) และปริมาณไขมันชนิดไม่ดี (LDL-cholesterol) (หทัย ธาตุทำเล, 2559) ซึ่งระดับ HDL (ค่าปกติ>45 mg/dL) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดอุดตัน การที่มีค่า HDL-cholesterol สูงขึ้น จะป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ขณะที่ HDL-cholesterol ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งร่วมกับ Triglyceride สูง จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันมากขึ้น ถ้า HDL<35 mg/dL แสดงถึงการพยากรณ์ที่ไม่ดี การรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รวมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จึงมีความสำคัญด้านการชะลอความเสื่อมของไตอย่างมาก

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำลังเผชิญกับภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะไตวายเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการคัดกรองอย่างทั่วถึงและเร่งด่วน เนื่องจากการดำเนินโรคไตจากเบาหวานอาจรุนแรงเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรคได้ หากรักษาตามมาตรฐานโดยเร็ว โดยกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีการตรวจคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ทุกรายทันทีและอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ นอกจากนั้นควรมีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังร่วมให้เข้าสู่การรักษาที่เหมาะสม ชะลอการดำเนินของโรคแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์

1. ผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญให้กับบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในสถานบริการและเครือข่ายบริการ ในการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ระยะแรก เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก โดยการคัดกรองเบื้องต้นในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคร่วม อาทิ ระดับของไขมันในเลือดที่ผิดปกติ รวมทั้งการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เบาหวานและผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยง เพื่อมีส่วนร่วมในการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะไตวายเรื้อรัง

2. การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนทางไตหากสถานพยาบาลเพิ่มศักยภาพในการเพิ่มการตรวจ Albumin Creatinine ratio ร่วมกับค่า eGFR เพื่อการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนต่อไตจากเบาหวานได้ถูกต้องมากขึ้น คือ เนื่องจากค่า urine albumin-to-creatinine ratio (UACR) ค่าชีวเคมีนี้เป็นตัวบ่งชี้หรือทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไตที่จำเพาะและดีมาก ซึ่งควรตรวจหา Urine albumin creatinine ratio (UACR) อย่างน้อยปีละครั้ง คัดกรองได้ไว ลดและชะลอการดำเนินโรค ลงทุนเพื่อลดภาระงบประมาณในการรักษาภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ความชุกของภาวะไตวายเรื้อรังของการศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรที่ทำให้ไตวายจากสาเหตุอื่นได้ เช่น การใช้ยาที่เสี่ยงส่งผลต่อภาวะไตบกพร่อง ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร เป็นต้น จึงควรเพิ่มตัวแปรดังกล่าวในการศึกษาครั้งต่อไป

2. จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การที่ระดับกรดยูริกในเลือดสูงขึ้น จะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้การทำงานของไตทำงานผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งกรดยูริกจะมีค่าที่สูงขึ้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปอาจทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ระหว่างกรดยูริก กับภาวะแทรกซ้อนที่ไต เพื่อเป็นตัวส่งสัญญาณในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอีกประเด็นหนึ่ง

3. ควรศึกษารูปแบบพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการสัมภาษณ์หรือสังเกตพฤติกรรมการบริโภค เพื่อเป็นข้อมูลในการให้สุขศึกษาที่ถูกต้องกับผู้ป่วย หรือออกแบบช่องทางในการสื่อสารให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในอำเภอเขตกึ่งเมืองเพียงพื้นที่เดียว ดังนั้นควรศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบกัน เนื่องจากความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหางดง และในโรงพยาบาลหางดง อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอบคุณคณาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ที่ปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งองค์กรแพทย์โรงพยาบาลหางดง ที่ได้ให้คำแนะนำ มีส่วนร่วมเสนอแนวทางพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

กรอง จันทร์เปรมปรี. (2564). ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคไตจากเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลด่านช้าง สุพรรณบุรี. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 18(3), 225-237. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/10469

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2563 หนุนบทบาทพยาบาลร่วมสร้างพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงโรคเบาหวาน [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 28 มกราคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=15591&deptcode=brc

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc

เกตุแก้ว จันทร์จำรัส. (2558). การสำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาเทคนิคการแพทยมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ คณะสหเวชศาสตร์ ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิรวัฒน์ สีตื้อ. (2562). ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 27(2), 1-15. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10448

จุรีพร คงประเสริฐ, สุมนี วัชรสินธุ์, วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ และธิดารัตน์ อภิญญา. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง. ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ณิชชาภัทร ยอดแคล้ว และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 26(2), 24-35. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/212897

ทักษพร ฝอดสูงเนิน. (2560). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการระบาด ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บัญชา สถิระพจน์. (2554). Diagnosis and management of diabetic nephropathy. เวชสารแพทย์ทหารบก. 64(1). 53-64.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ.2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf

สายฝน ม่วงคุ้ม, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, วัลภา คุณทรงเกียรติ และพรพรรณ ศรีโสภา. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(2), 82-93. [สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/96563

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2563). HDC: กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b

หทัย ธาตุทำเล. (2559). ผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลหนองหาน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 24(3), 196-205. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/175808

อัจจิมา กาญจนาภา. 2558. โรคไตจากเบาหวานกับวิธีการตรวจ. R&D NEWSLETTER, 22(4), 22-24. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://www2.gpo.or.th/Portals/6/Newsletter/RDINewsYr22No4-6.pdf

อัจฉรา เจริญพิริยะ, อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว และงามจิต คงทน. (2560). ความชุกโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 31(1), 73-82. [สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/166559

Ali, B., & Gray-Vickrey, P. (2011). Limiting the damage from acute kidney injury. Nursing2022, 41(3), 22-31.

Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. BMC public health, 8(117), 1-13.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก

Factors Affecting Risk of Falls of Elderly in Responsible Area of Taksin Primary Care Cluster, Mueang District, Tak Province

ศิริวรรณ เชาว์โน* พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสาธารณสุขศาสตร์)
พรชัย ขุนคงมี ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)**

Siriwan Chaono* M.D., Dip. Thai Board of Preventive Medicine (Public Health)
Pornchai Khunkongme M.P.H (Environmental Health)**

**โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก Somdejphajaotaksin Maharaj Hospital, Tak Province*
***วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี Sirindhorn College of Public Health, Suphan Buri Province*

Received: Apr 8, 2022 **Revised:** Jun 3, 2022 **Accepted:** Jun 15, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 387 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก และวัดค่าขนาดของความสัมพันธ์ด้วยค่า OR (Odds Ratio) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ 31.78 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้ม พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย 2.31 เท่า (95%CI=1.38-3.94) ผู้สูงอายุที่จบประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา 2.76 เท่า (95%CI=1.73-4.41) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.97 เท่า (95%CI=1.90-8.28) ผู้สูงอายุที่รับประทานยาเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับประทานยาเป็นประจำ 2.73 เท่า (95%CI=1.57-4.75) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพถึง 6.29 เท่า (95%CI=3.61-10.96) การมีอุปกรณ์ช่วยเดินมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าการที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน 5.55 เท่า (95%CI=2.95-10.43) และผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดมีลักษณะเสี่ยงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดไม่มีลักษณะเสี่ยง 5.71 เท่า (95%CI=1.71-19.01) ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านทีละส่วนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเคยชินกับสภาพแวดล้อม ลดโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะเสี่ยงหกล้ม

ABSTRACT

This cross-sectional analytical study aimed to investigate factors affecting the risk of falls among the elderly. The study subjects recruited 387 elderly people aged 60 years and over who lived in the areas under responsibility of Taksin Primary Care Cluster, Mueang District, Tak Province for more than 6 months. A questionnaire was developed based on the literature reviews to collect data by an interview. Analyses of data complied descriptive statistics: frequencies, numbers, percentages, means, maximum-minimum values, and standard deviations. Logistic regression and measured relative size with odds ratio were to analyze how much risky originated demographic factors had importance in relation to the falls in the aging persons. The results showed that the aging group had a prone of falls approximately 31.78%. Factors affecting the cause of falls were female 2.31 times (95%CI=1.38-3.94) over male. The elderly who earned only a primary school or under was more risk of falls than that of whom an education was above primary school 2.76 times (95%CI=1.73-4.41). The elderly with health problems were 3.97 times more likely have falls than the healthy ones (95%CI=1.90-8.28). The aged persons who took medications regularly were 2.73 times more likely to have falls than who did not take medications (95% CI= 1.57-4.75). Having a walking aid was 5.55 times more likely to fall than not having a walking aid (95% CI= 2.95-10.43). The elderly who living at home with risky stair way had a greater chance of falling 5.71 times (95% CI= 1.71-19.01). The findings from this study suggested that the focus should be placed on the health care for older adults with underlying diseases, and step-by-step changing the surrounding environmental factors related to fall risks and house modification for elderly to get used to daily activities at home to protect the falls.

Key words: Elderly, Risk of falls

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานในปี 2513 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งหมด แต่ในปี 2563 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุจะมีมากถึง 20 ล้านคน ซึ่งหมายถึงคนไทยทุก 5 คนจะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งกล่าวได้ว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมที่เห็นได้ชัด เช่น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก หูชั้นในทำงานผิดปกติ ซึ่งจะส่งผลให้ เสียการทรงตัว และเกิดอุบัติเหตุหกล้ม การมองเห็นที่ไม่ชัดเจน การได้ยินลดลง มีการโต้ตอบ

ทางความคิดที่ช้าไปจากเดิม ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น มีบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป โดยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ภาวะสมองเสื่อม อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการกลั้นการขับถ่าย (ธิดารัตน์ มิ่งสมร, 2561) นอกจากนี้ยังพบภาวะกระดูกพรุน ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม (ลิลลี่ ชัยสมพงศ์, 2558)

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อยและอันตรายมาก ในทุกๆ ปีจะมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม โดยมีระดับการหกล้มตั้งแต่การล้มบนพื้นระดับเดียวกันจากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด หรือการล้มจากพื้นต่างระดับ การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ การมองเห็นที่ลดลง การทรงตัวและการเคลื่อนไหวที่ช้าลง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตได้อย่างเดิม ข้อต่อและเอ็นที่อ่อนตัวลง ระบบทางเดินปัสสาวะที่กลั้นไม่ค่อยอยู่ การมีโรคประจำตัว เช่น โรคพาร์กินสัน หรือการใช้ยาบางประเภท เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยานอนหลับ (พัชรี บอนคำ, 2561) ส่วนด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม เนื่องจากการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง (เกื้อเกียรติ ประดิษฐพรศิลป์, 2561 อ้างถึงใน เพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ, 2563)

จากข้อมูลจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากพลัดตกหกล้มของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่า อัตราการป่วยที่มีสาเหตุจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ในปี 2559 มีจำนวน 477.9 ต่อแสนประชากร ปี 2560 มีจำนวน 508.3 ต่อแสนประชากร และปี 2561 มีจำนวน 528.3 ต่อแสนประชากร แสดงให้เห็นถึงอัตราการป่วยของผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากการหกล้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุจำแนกรายจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า จังหวัดตากเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 รองจากจังหวัดพิษณุโลก โดยพบผู้เสียชีวิตในปี 2561 เท่ากับ 21.8 ต่อแสนประชากรเมื่อพิจารณาแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่หกล้มของจังหวัดตากปี 2559, 2560 และ 2561 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี โดยมีอัตราเท่ากับ 10.4, 14.2 และ 21.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นต้องหาสาเหตุที่แท้จริงและการป้องกันก่อนที่จะมีการหกล้มเกิดขึ้น เพื่อลดการบาดเจ็บที่ร้ายแรงและการเสียชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว ตากสิน ซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอเมือง จังหวัดตาก โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเรื่องภาวะเสี่ยงหกล้ม เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บที่ร้ายแรงและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564-มีนาคม 2565 ในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ 4 ตำบล ที่เป็นเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก จำนวน 3,440 คน เป็นผู้ที่สามารถมองเห็น ได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการหรือทุพพลภาพ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างถึงใน วงศา เล้าหศิริวงศ์, 2560) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 341 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 387 คน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม นำมาเทียบกับรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละตำบล ด้วยอัตราการสุ่มตัวอย่าง (Sampling fraction)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ยาที่ได้รับจากแพทย์หรือยาที่รับประทานเป็นประจำ และภาวะสุขภาพ เช่น มีความรู้สึกว่าแขน–ขาไม่ค่อยมีแรง ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่อยู่ ปัญหาการได้ยิน การมองเห็นลดลง เป็นต้น โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้ม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก ลักษณะรองเท้าที่สวมใส่ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน บริเวณพื้นบ้าน บริเวณบันได ห้องครัว ห้องน้ำ และห้องนอน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน (Thai Fall Risk Assessment Test; Thai-FRAT) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยพัฒนาและปรับปรุงข้อคำถามในส่วนของการวัดการมองเห็นและการทรงตัวที่ได้นำแบบทดสอบ Time up and go test ที่ถูกพัฒนาโดย Podsiadlo และ Richardson (ชุติมา ชลายนเดชะ, 2557) มาประยุกต์ใช้เพื่อให้มีความเหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์โควิด 19 จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนนรวม 0–3 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยง และคะแนน 4–11 คะแนนหมายถึง มีความเสี่ยง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยการหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.66-1.00

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังผู้นำชุมชนและประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินงาน

3. จัดอบรมผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดแบบสอบถาม และปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ และนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาตรวจทานกับนักวิจัย หากข้อมูลที่ได้จากนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยมีความสอดคล้องกัน แสดงว่าผู้ช่วยวิจัยมีความสามารถในการเก็บข้อมูลในการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามบ้านเป้าหมาย อธิบายให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงดำเนินการเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล และทำการลงรหัสข้อมูล จากนั้นประมวลผลด้วยโปรแกรม STATA version 17 ลิขสิทธิ์ศูนย์ระบาดวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับภาวะเสี่ยงหกล้ม วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) ค่าขนาดของความสัมพันธ์ (Adjusted Odds Ratio) และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เลขที่ 18/2564 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 387 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.15 เพศชาย ร้อยละ 33.85 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 55.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.42 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 58.14 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.40 ใช้ยารักษาโรคประจำตัวหรือใช้ยาประจำ ร้อยละ 72.35 เมื่อประเมินภาวะสุขภาพ เช่น มีความรู้สึกว่าแขน–ขาไม่ค่อยมีแรง ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่อยู่ ปัญหาการได้ยิน การมองเห็นลดลง เป็นต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสุขภาพ ร้อยละ 40.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=387 คน)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	131	33.85
หญิง	256	66.15
อายุ		
60-69 ปี	216	55.81
70-79 ปี	121	31.27
80 ปีขึ้นไป	50	12.92
สถานภาพ		
โสด/แยกกันอยู่/หม้าย	188	48.58
สมรส	199	51.42
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	225	58.14
สูงกว่าประถมศึกษา	162	41.86
โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์		
มี	315	81.40
ไม่มี	72	18.60
ยาที่ได้รับจากแพทย์หรือยาที่รับประทานเป็นประจำ		
มี	280	72.35
ไม่มี	107	27.65
ภาวะสุขภาพ		
มีความเสี่ยง	155	40.05
ไม่มีความเสี่ยง	232	59.95

2. ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหรือหลาน หรือคู่สมรส หรือญาติ ร้อยละ 94.32 และไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 5.68 กลุ่มตัวอย่างสวมใส่รองเท้าที่มีลักษณะไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม (รองเท้าส้นเตี้ย มีดอกยาง) ร้อยละ 94.42 สามารถเดินโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 86.82 สำหรับที่พักอาศัยจะพิจารณาความเสี่ยงเป็น 5 ด้าน ได้แก่ บริเวณพื้นบ้าน บริเวณบันได ห้องครัว ห้องน้ำ และห้องนอน พบว่า บริเวณพื้นบ้านมีลักษณะเสี่ยง (มีพื้นที่ไม่เสมอ มีการวางข้าวของไม่เป็นระเบียบ) ร้อยละ 22.74 บริเวณบันไดมีลักษณะเสี่ยง (การวางของบริเวณบันได มีแสงสว่างไม่พอ ราวจับชำรุด) ร้อยละ 90.70 ห้องครัวมีความเสี่ยง (แสงสว่างไม่เพียงพอ วางของที่ใช้บ่อยไว้ที่สูง) ร้อยละ 21.45 ห้องน้ำมีความเสี่ยง (พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวจับ) ร้อยละ 92.49 และห้องนอนมีความเสี่ยง (ทางเดินจากเตียงไปห้องน้ำแสงสว่างไม่พอ สวิตซ์เอื้อมถึงยาก) ร้อยละ 33.85 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง (n=387 คน)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก		
ไม่มีมีผู้ดูแล	22	5.68
มีผู้ดูแล	365	94.32
ลักษณะรองเท้าที่สวมใส่		
มีลักษณะเสี่ยง	22	5.58
ไม่มีลักษณะเสี่ยง	365	94.42
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน		
มี	51	13.18
ไม่มี	336	86.82
บริเวณพื้นบ้าน		
มีลักษณะเสี่ยง	88	22.74
ไม่มีลักษณะเสี่ยง	299	87.26
บริเวณบันได		
มีลักษณะเสี่ยง	351	90.70
ไม่มีลักษณะเสี่ยง	36	9.30
ห้องครัว		
มีลักษณะเสี่ยง	83	21.45
ไม่มีลักษณะเสี่ยง	304	78.55
ห้องน้ำ		
มีลักษณะเสี่ยง	358	92.49
ไม่มีลักษณะเสี่ยง	29	7.51
ห้องนอน		
มีห้องนอนที่เสี่ยง	131	33.85
มีห้องนอนที่ไม่เสี่ยง	256	66.15

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้ม พบว่า เพศ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ สถานภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์ค่าขนาดของความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าเพศชาย 2.31 เท่า (95%CI=1.38-3.94) ผู้สูงอายุที่จบประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา 2.76 เท่า (95%CI=1.73-4.41) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่า

ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.97เท่า (95%CI=1.90-8.28) ผู้สูงอายุที่ได้รับยาจากแพทย์หรือรับประทานยาเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับยาจากแพทย์หรือรับประทานยาเป็นประจำ 2.73 เท่า (95%CI=1.57-4.75) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว เป็นต้น มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพถึง 6.29 เท่า (95%CI=3.61-10.96) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ (n=387 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ		OR_{adj} (95%CI)	*p*-value
	ไม่มีความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	มีความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย (ref.)	104 (79.39)	27 (20.61)		
หญิง	160 (62.50)	96 (37.50)	2.31 (1.38-3.94)	0.001*
อายุ				
60-69 ปี (ref.)	153 (70.83)	63 (29.17)		0.473
70-79 ปี	79 (65.29)	42 (34.71)	1.29 (0.80-2.06)	
80 ปีขึ้นไป	32 (64.00)	18 (36.00)	1.36 (0.71-2.59)	
สถานภาพ				
โสด/แยกกันอยู่/หม้าย	122 (64.89)	66 (35.11)	1.35 (0.88-2.07)	0.172
สมรส (ref.)	142 (71.36)	57 (28.64)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	134 (59.56)	91 (40.44)	2.76 (1.73-4.41)	0.001*
สูงกว่าประถมศึกษา (ref.)	130 (80.25)	32 (19.75)		
โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์				
มี	201 (63.81)	114 (36.19)	3.97 (1.90-8.28)	0.001*
ไม่มี (ref.)	63 (87.50)	9 (12.50)		
ยาที่ได้รับจากแพทย์หรือยาที่รับประทานเป็นประจำ				
มี	176 (62.86)	104 (37.14)	2.73 (1.57-4.75)	0.001*
ไม่มี (ref.)	88 (82.24)	19 (17.76)		
ภาวะสุขภาพ				
มีความเสี่ยง	137 (88.39)	18 (11.61)	6.29 (3.61-10.96)	0.001*
ไม่มีความเสี่ยง (ref.)	127 (54.74)	105 (45.26)		

*$p<0.05$, $R^2=0.235$, *p*-value=0.000

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า การมีอุปกรณ์ช่วยเดิน และบริเวณบันไดมีลักษณะเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผู้ดูแลหลัก ลักษณะรองเท้าที่สวมใส่ บริเวณพื้นบ้าน ห้องครัว ห้องน้ำ และห้องนอนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์ค่าขนาดของความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ช่วยเดินมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน 5.55 เท่า (95%CI=2.95-10.43) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดมีลักษณะเสี่ยงจะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดไม่มีลักษณะเสี่ยง 5.71 เท่า (95%CI=1.71-19.01) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ (n=387 คน)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	ภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ		OR_{adj} (95%CI)	*p*-value
	ไม่มีความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	มีความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)		
ผู้ดูแลหลัก				
ไม่มีผู้ดูแล (ref.)	16 (72.73)	6 (27.27)	0.79 (0.30-2.08)	0.635
มีผู้ดูแล	248 (67.94)	117 (32.06)		
ลักษณะรองเท้าที่สวมใส่				
มีลักษณะเสี่ยง	18 (81.82)	4 (18.18)	0.459 (0.15-1.38)	0.139
ไม่มีลักษณะเสี่ยง (ref.)	246 (67.40)	119 (32.60)		
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน				
มี	17 (33.33)	34 (66.67)	5.55 (2.95-10.43)	0.000*
ไม่มี (ref.)	247 (73.51)	89 (26.49)		
บริเวณพื้นบ้าน				
มีลักษณะเสี่ยง	54 (61.36)	34 (38.64)	1.48 (0.90-2.43)	0.120
ไม่มีลักษณะเสี่ยง (ref.)	210 (70.23)	89 (29.77)		
บริเวณบันได				
มีลักษณะเสี่ยง	231 (65.81)	120 (34.19)	5.71 (1.71-19.01)	0.000*
ไม่มีลักษณะเสี่ยง (ref.)	33 (91.67)	3 (8.33)		
ห้องครัว				
มีลักษณะเสี่ยง	55 (66.27)	28 (33.73)	1.12 (0.67-1.87)	0.667
ไม่มีลักษณะเสี่ยง (ref.)	209 (68.75)	95 (21.25)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ (n=387 คน) (ต่อ)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	ภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ		OR_{adj} (95%CI)	*p*-value
	ไม่มีความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	มีความเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)		
ห้องน้ำ				
มีลักษณะเสี่ยง	242 (67.60)	116 (32.40)	1.50 (0.63-3.62)	0.346
ไม่มีลักษณะเสี่ยง (ref.)	22 (75.86)	7 (24.14)		
ห้องนอน				
มีห้องนอนที่เสี่ยง	97 (74.05)	34 (25.95)	0.65 (0.41-1.05)	0.075
มีห้องนอนที่ไม่เสี่ยง (ref.)	167 (65.23)	89 (34.77)		

*$p<0.05$, $R^2=0.235$, *p*-value=0.000

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าเพศชาย 2.31 เท่า เนื่องจากความแตกต่างด้านร่างกายระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงมวลของกล้ามเนื้อที่ลดลงอย่างรวดเร็วหลังภาวะหมดประจำเดือน นอกจากปัจจัยด้านสรีระแล้ว ผู้หญิงมักจะไม่ได้ทำกิจกรรม เช่น การเล่นกีฬาที่เสริมสร้างกล้ามเนื้อตลอดระยะของการดำเนินชีวิต ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของจารุภา เลขทิพย์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ (Systematic review) จำนวน 3,835 บทความ พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่าผู้หญิงหกล้มมากกว่าผู้ชาย 5 เท่า (เพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ, 2563)

ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา 2.76 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าอาจจะมีข้อจำกัดต่อการเข้าใจองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อไม่ให้หกล้ม เมื่อพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพักตร์ หนูผุด และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาหรือเทียบเท่ามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 1.96 เท่า (OR=1.96, 95%CI=1.23-3.13) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงหกล้มได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.97 เท่า เนื่องจากความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวบางอย่างก็ส่งผลต่อการหกล้มได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้แขนขาอ่อนแรง

ขาดสมดุลในการทรงตัว โรคพาร์กินสันที่มีภาวะสั่นก็มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรษา ภูเจริญ และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเป็น 2.14 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กุลประฑีปัญญา และคณะ (2563) ที่ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่พบบ่อยคือโรคความดันโลหิตสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ ที่ระดับ 0.05 และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงหกล้มได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.33 เท่า

ผู้สูงอายุที่มียาที่ได้รับจากแพทย์หรือยาที่รับประทานเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับยาจากแพทย์หรือรับประทานยาเป็นประจำ 2.73 เท่า ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค ส่งผลให้ต้องมีการใช้ยารักษาหลายชนิด ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น เกิดการง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอัตราเสี่ยงที่จะหกล้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดาราวรรณ รองเมือง (2559) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การใช้ยารักษาโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพถึง 6.29 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น มีความรู้สึกว่าแขน–ขาไม่ค่อยมีแรง ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่อยู่ ปัญหาการได้ยิน การมองเห็นลดลง เป็นต้น เป็นไปตามทฤษฎีภาวะขาดสมดุล ที่กล่าวว่าการที่อายุเพิ่มขึ้น ร่างกายมีการทำงานที่ลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงส่งผลต่อการทรงตัว สอดคล้องกับการศึกษาของกุมาลีพร ตรีสอน และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างด้านชีวภาพกับการเสียการทรงตัว พบว่าการมองเห็นมีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้ม ซึ่งอาจมาจากการที่อายุเพิ่มขึ้น ร่างกายมีการทำงานที่ลดลงตามทฤษฎีภาวะขาดสมดุล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความไวต่อแสงลดลง รับรู้ภาพพื้นผิวผิดพลาด หรือทำให้ไม่สามารถมองเห็นสิ่งกีดขวางทางเดินได้ชัดเจน อาจทำให้เดินสะดุดและหกล้มได้ ในส่วนปัญหาสุขภาพปัญหาการกลั้นปัสสาวะและกลั้นอุจจาระ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการกลั้นปัสสาวะและการกลั้นอุจจาระกับภาวะเสี่ยงหกล้ม พบว่า การกลั้นปัสสาวะและการกลั้นอุจจาระมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุซึ่งเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง ส่งผลให้มีการปัสสาวะบ่อย

สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ช่วยเดินมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน 5.55 เท่า เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเป็นไปได้ว่าพื้นฐานมีการทรงตัวที่ไม่ดีมาตั้งแต่แรก จึงจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการทรงตัว สอดคล้องกับการศึกษาของอรษา ภูเจริญ และคณะ (2561) ที่พบว่าหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม คือ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15.25 ของผู้ที่ไม่มีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และสอดคล้องกับการศึกษาของจารุภา เลขทิพย์ และคณะ (2562)

ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินมีความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณาจากโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม พบว่าผู้ที่มีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีโอกาสเสี่ยงที่จะหกล้มได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์เป็น 11 เท่า ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าไม้เท้า หรืออุปกรณ์ที่ใช้นั้นอาจไม่มีความเหมาะสมกับขนาดของร่างกาย หรืออุปกรณ์บางอย่างไม่เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้เป็นอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ร่ม ไม้เท้า เป็นต้น ที่ไม่สามารถรับน้ำหนักตัวได้ ไม้เท้าที่ชำรุด ส่งผลให้เกิดการลงน้ำหนักที่อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประคองตัวเมื่อจะเกิดการหกล้มได้ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มและส่งผลให้หกล้มได้

ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดมีลักษณะเสี่ยงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 5.71 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดไม่มีความเสี่ยง เนื่องจากสภาพแวดล้อมภายในที่มีการวางของบริเวณบันได มีแสงสว่างไม่พอ หรือราวจับชำรุด เป็นสาเหตุต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม จากการสอบถามกับผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้ม พบว่าสาเหตุมาจากการลื่นผ้าเช็ดเท้าซึ่งเป็นวัสดุที่ไม่ยึดเกาะพื้น ส่งผลให้แรงเสียดทานระหว่างผ้าเช็ดเท้ากับพื้นลดลงจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะหกล้ม และบ้านที่มีลักษณะบันไดที่มีราวบันไดเพียงด้านเดียว มีราวบันไดหลวมหรือชำรุด ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะประคองตัวขณะขึ้นบันไดหรือในขณะที่จะหกล้มบริเวณบันไดได้ ทำให้บ้านที่มีลักษณะบันไดที่มีความเสี่ยงมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงหกล้มได้มากกว่าบ้านที่บริเวณบันไดไม่มีลักษณะเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ (2563) ที่พบว่าการเก็บสิ่งของไว้บริเวณบันไดในบ้านของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ และการศึกษาของนงนุช วงศ์สว่าง และคณะ (2560) ที่พบว่า ส่วนใหญ่ในผู้ที่มีการหกล้ม มีผ้าหรือพรมเช็ดเท้าอยู่บริเวณบันได ร้อยละ 13.27 เมื่อพิจารณาจากโอกาสเสี่ยง พบว่า ลักษณะบันไดมีความเสี่ยง เนื่องจากบ้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่บันไดมักจะมีพรมเช็ดเท้าที่เริ่มเก่า หรือมีเศษเสื้อผ้าเก่าเป็นที่เช็ดเท้า

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการทรงตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการทรงตัว นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีผลต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมและจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เน้นการพัฒนาเรื่องการทรงตัว เพื่อเป็นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ควรให้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ที่ทำจากวัสดุที่แข็งแรงและเหมาะสมอย่างถูกต้อง

2. บริเวณพื้นบ้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะเสี่ยง เช่น การวางข้าวของไม่เป็นระเบียบ มีเศษผ้าหรือผ้าเช็ดเท้าบริเวณบันได บุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรมีการให้คำแนะนำการจัดบ้านเรือนให้เป็นระเบียบ การเปลี่ยนผ้าเช็ดเท้าผืนเก่าที่มีความชำรุด หรือใช้ผ้าเช็ดเท้าที่เป็นผืนเดียวกันทั้งผืน หากจำเป็นที่จะต้องนำเสื้อผ้าเก่ามาทำเป็นผ้าเช็ดเท้า ควรหลีกเลี่ยงเสื้อผ้าที่มีเชือกหรือมีรอยขาด เพื่อป้องกันการเดินสะดุดหรืออุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น และหาแนวทางป้องกันปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมกันระหว่างคนในครอบครัวและชุมชน โดยเริ่มปรับเปลี่ยนทีละส่วนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเคยชินกับสภาพแวดล้อมที่ปรับเปลี่ยนไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งอาจจะทำให้ขาดข้อมูลเชิงลึกในบางประเด็น ในการศึกษา

ครั้งต่อไปควรจะมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์ประเด็นประวัติการหกล้ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ชัดเจนโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการโต้ตอบซักถาม พูดคุย หรือโต้แย้ง ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สาเหตุและการป้องกัน [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 11 กันยายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1037120200813042821.pdf

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ตารางแสดงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม (W00 - W19) ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรแสนคน จำแนกตามเขตสุขภาพและกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558–2562. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1660320210115094236.pdf

กุมาลีพร ตรีสอน, สัจจวรรณฑ์ พวงศรีเคน, จำรัสลักษณ์ เจริญแสน, ปภัชญา คัชรินทร์, อติญา โพธิ์ศรี และเครือวัลย์ ดิษเจริญ. (2563). ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, 14(3), 220-233.

กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, วิรดา อัศวเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ และอรัญญา นามวงศ์. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 17(2), 581-595. [สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/umt-poly/article/view/246299/166826

จารุภา เลขทิพย์, ธีระ วรธนารัตน์, ศักรินทร์ ภูผานิล และศราวุธ ลาภมณีย์. (2562). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 26(1), 85-103.

ชุติมา ชลายนเดชะ. (2557). คัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test (TUG). วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 26(1), 5-16. [สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ams/article/download/66343/54301/

ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี และจิตติยา สมบัติบูรณ์. (2559). อุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(ฉบับเพิ่มเติม 1), 123-138.

ธิดารัตน์ มิ่งสมร. (2561). ปัญหาสุขภาพและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://www.thaihealth.or.th/Content/41722-ปัญหาสุขภาพและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ.html

นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จีนขาวขำ, ชลธิชา บุญศิริ และคณะ. (2560). ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts), 10(3), 2492-2506.

พัชรี บอนคำ. (2561). หกล้มในผู้สูงอายุ ปัญหาที่ต้องระวัง [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2564] แหล่งข้อมูล: URL: https://www.thaihealth.or.th/Content/40404-หกล้มในผู้สูงอายุ%20ปัญหาที่ต้องระวัง.html

เพ็ญพักตร์ หนูผุด, ดุสิต พรหมอ่อน, สมเกียรติยศ วรเดช และปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2563). ความชุกของภาวะเสี่ยงล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ, 21(1), 125-137. [สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/spsc_journal/article/download/241522/164475/

เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง และอุมากร ใจยั่งยืน. (2563). การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 14(34), 126-141.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). เปิดรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2562 ตอนที่ 1 ผู้สูงอายุอายุโลก เอเชียครองแชมป์คนแก่มากที่สุด ขณะที่แอฟริการั้งท้าย ยังอยู่ในสังคมเยาว์วัย [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://thaitgri.org/?p=39450

ลิลลี่ ชัยสมพงศ์. (2558). ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/january-2015/health-problems-of-the-older-person

วงศา เล้าหศิริวงศ์. (2560). การประเมินคุณภาพบทความวิจัยด้านสาธารณสุขและการพัฒนาโครงร่างวิจัย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุป้องกันได้ด้วยการประเมินและจัดการความเสี่ยง [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.thaincd.com/document/file/download/leaflet/แผ่นพับการพลัดตกหกล้ม.pdf

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ตารางแสดงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรแสนคน จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2554–2560. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 11 กันยายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.thaincd.com/document/file/info/fall/ตารางแสดงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตพลัดตกหกล้มรายจังหวัด(210119).pdf

อรษา ภูเจริญ, อรรถพล รอดแก้ว, จิตศิริน ก้อนคง และรัตนวดี ทองบัวบาน. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. PSRU Journal of Science and Technology, 3(2), 46-54.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง

Health Literacy in Breast Cancer among Reproductive-aged Women in Lampang Province

ทิพวรรณ สมควร* วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)
สินีนาฏ ชาวตระการ วท.ด. (การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ)**
วรางคณา นาคเสน ** วท.ด. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)

Tippavan Somkwan* B.Sc. (Public Health)
Sineenart Chautrakarn Ph.D. (Health Research and Management)**
Warangkana Naksen Ph.D. (Environmental Science)**

** นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
MPH student, Faculty of Public Health, Chiang Mai University
*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Public Health, Chiang Mai University*

Received: Mar 21, 2022 **Revised:** May 25, 2022 **Accepted:** Jun 30, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง จำนวน 439 คน โดยวิธีการสุ่มตามความสะดวก ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 6 สิงหาคม 2564 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.90 สถานภาพคู่ ร้อยละ 56.72 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.20 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.35 รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 46.92 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 97.49 ไม่เคยดื่มสุราในช่วง 6 เดือนย้อนหลัง ร้อยละ 79.27 ไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว ร้อยละ 94.99 และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 57.18 สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะการจัดการตนเอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการสื่อสาร การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องในสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, มะเร็งเต้านม, การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, สตรีวัยเจริญพันธุ์

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study had an objective to explore health literacy and its influential factors on breast cancer among reproductive-aged women living in Lampang Province. Data were collected from 439 women by convenient sampling method during 30 June 2021 to 6 August 2021 by an interview with a questionnaire. The data were analyzed by frequency distribution, percentages, means, standard deviation, and Chi-square statistics. Results of the study described the characteristics of the study samples who had, mainly, 36.90% aged 40-49 years, 56.72% were married, 67.20% earned below bachelor's degree, 32.35% raised by waged occupation, and 46.92% had sufficient income without savings, 97.49% had never smoked, 79.27% had drunk alcohol in the past 6 months, 94.99% had no family history of breast cancer, and 57.18% did not ever try to do breast self-screening. Furthermore, the health literacy of breast cancer declared that access to health information and health service cognitive concerning self-management ability had a high score of communication and decision-making skills, however, the media literacy possessed a moderate score. The personal factors, which were related to the health literacy of breast cancer, showed statistical significant differences at *p*-value<0.05 level consisted of age, occupation, amount of sufficient earn per month, and experience of breast self-examination. Suggestion could be made for the medical and public health personnel to encourage and educate the people about the risk of breast cancer. Performance to literate how to do breast self-screening including continuous and routine check-up by a mammogram in high-risk women at childbearing ages could probably increase their literacy.

Key words: Health literacy, Breast cancer, Breast self-exam, Reproductive-aged Women

บทนำ

สถานการณ์มะเร็งในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการใช้ชีวิตและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้หญิง คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตามลำดับ มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่มีจำนวนผู้ป่วยในเพศหญิงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) ทั้งนี้สถิติจากทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี 2562 พบว่า มีสตรีไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ 10,307 ราย หรือ 28.2 รายต่อวัน ในปี 2557 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเสียชีวิตจำนวน 3,455 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 10.5 ราย โดยผู้หญิงที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ทุกช่วงอายุ มีความเสี่ยง

ที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ทุกคน แต่ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงมากขึ้นอย่างชัดเจน และช่วงอายุที่พบอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมสูงสุดคือระหว่าง 50-55 ปี โดยมีอัตราป่วยสูงประมาณ 95 รายต่อประชากรแสนคน (วีรวุฒิ อิ่มสำราญ และคณะ, 2554) สืบเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ทั้งอายุที่เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ภาวะอ้วน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย รวมถึงปัจจัยทางพันธุกรรม นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มักมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งเต้านมได้ลุกลามและแพร่กระจายแล้ว คือ มีก้อนขนาดใหญ่และมีแผลที่เต้านม หรือมีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลจากหัวนม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

โดยโรคมะเร็งนอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ คือทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า ท้อแท้และซึมเศร้า นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และประเทศชาติสูญเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ (อนงนาฏ เรืองดำ และพัชรภรณ์ ทองวัชระ, 2554)

ปัจจุบันประชาชนให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งมากขึ้น โดยการแสวงหาข้อมูลข่าวสารและความรู้ก่อนการตัดสินใจใดๆ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนได้มีการรณรงค์เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งและประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็ง เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านโรคมะเร็งมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าการรณรงค์ดังกล่าวจะช่วยสร้างให้เกิดกระแสการดูแลสุขภาพที่สำคัญ และชักชวนให้หลายคนหันมาดูแลสุขภาพด้วยความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็ได้กลายเป็นช่องทางให้กับภาคธุรกิจทำการโฆษณาชวนเชื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ชักจูงให้คนในสังคมเริ่มมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่จะสร้างได้ด้วยยา วิตามิน หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารนานาชนิด ทั้งที่ส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์ราคาแพงมาก ไม่มีการยืนยันอย่างเป็นทางการว่าสามารถสร้างเสริมสุขภาพได้จริง ยิ่งไปกว่านั้นอาจเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภคได้

จากสถานการณ์และปัญหาของโรคมะเร็งเต้านมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งสำคัญ ประกอบกับการศึกษาในพื้นที่จังหวัดลำปางยังมีค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดลำปาง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาวางแผนการให้บริการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันตนเองเพื่อลดการเกิดและลดความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนมิถุนายนถึง สิงหาคม 2564

ประชากร คือ สตรีที่อาศัยภายในจังหวัดลำปาง อายุ 20-49 ปี จำนวน 152,169 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดลำปาง, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่อาศัยภายในจังหวัดลำปาง อายุ 20-49 ปี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (Yamane, 1973 อางใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2542) ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 399 คน และสำรองข้อมูลเพิ่มร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้รวม

ทั้งสิ้นจำนวน 439 คน โดยคัดเลือกพื้นที่เฉพาะเจาะจงในการเก็บข้อมูล ของตำบลพระบาท อำเภอเมืองลำปาง และตำบลนาแก้ว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตามความสะดวก (Convenience sampling) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าจนครบจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม โดยแบบสอบถามพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระดับความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องสายตรง และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงมากที่สุด (5 คะแนน) จริงมาก (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) จริงน้อย (2 คะแนน) และจริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยการคิดคะแนนมีการกลับคะแนนในข้อคำถามทางลบ เกณฑ์การแปลผลของแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ระดับ คำนวณจากสูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ข้อมูลที่มีค่าสูงสุดลบด้วยข้อมูลที่มีค่าต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้น (สังคม ศุภรัตนกุล, 2557) ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีคะแนน 1-8 คะแนน ระดับปานกลางคะแนน 9-17 คะแนน และระดับสูง คะแนน 18-25 คะแนน

2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) จำนวน 14 ข้อ คะแนนเต็ม 70 โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำมีคะแนน 1-23 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนน 24-46 คะแนน และระดับสูงมีคะแนน 47-70 คะแนน

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) จำนวน 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนน 1-5 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 6-10 คะแนน และระดับสูงคะแนน 11-15 คะแนน

4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนน 1-12 คะแนน ระดับปานกลางคะแนน 13-24 คะแนน และระดับสูงคะแนน 25-35 คะแนน

5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำคะแนน 1-7 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 8-14 คะแนน และระดับสูง คะแนน 15-20 คะแนน

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำคะแนน 1-7 คะแนน ระดับปานกลางคะแนน 8-14 คะแนน และระดับสูง คะแนน 15-20 คะแนน

โดยระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความหมาย ดังนี้ ระดับต่ำ-ปานกลาง หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมต้องแก้ไข และระดับสูง หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC≥0.50 ทุกข้อ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่เป็นผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ในการอธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านต่างๆ และสถิติทดสอบไคสแควร์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง ET017/2564 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 36.90 อายุเฉลี่ย 35.67±8.40 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.72 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.20 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.35 มีความเพียงพอของรายได้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 46.92 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 97.49 ไม่เคยดื่มสุราในช่วง 6 เดือนย้อนหลัง ร้อยละ 79.27 ไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว ร้อยละ 94.99 และไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 57.18 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=439 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	128	29.16
30-39	149	33.94
40-49	162	36.90
Mean=35.67, S.D.=8.40, Min=21, Max=49		
สถานภาพสมรส		
โสด	153	34.85
คู่	249	56.72
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	37	8.43

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=439 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	0.68
ต่ำกว่าปริญญาตรี	295	67.20
ปริญญาตรี	130	29.61
สูงกว่าปริญญาตรี	11	2.51
อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	42	9.57
รับจ้างทั่วไป	142	32.35
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	7.74
ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	69	15.72
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	76	17.31
ไม่ได้ทำงาน	45	10.25
อื่นๆ	31	7.06
ระดับความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน		
เพียงพอมีเงินเก็บ	165	37.59
เพียงพอไม่มีเงินเก็บ	206	46.92
ไม่เพียงพอ	68	15.49
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	428	97.49
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	1.60
ปัจจุบันยังสูบอยู่	4	0.91
ประวัติการดื่มสุรา (6 เดือนย้อนหลัง)		
ไม่เคยดื่ม	348	79.27
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	86	19.59
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	5	1.14
ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องสายตรง		
ไม่มี	417	94.99
มี	22	5.01
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ไม่เคย	251	57.18
เคย	188	42.82

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.58 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.97 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.40±2.97 คะแนน ด้านความรู้ความเข้าใจมีความรอบรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.59 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.96 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 53.14±8.97 คะแนน ด้านทักษะการสื่อสารมีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.84 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 28.02 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.83±1.64 คะแนน ด้านทักษะการจัดการตนเองมีความรอบรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.88 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.12 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.84±3.17 คะแนน ด้านทักษะการตัดสินใจมีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.98 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 27.79 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.59±2.32 คะแนน ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.65 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 13.89 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.57±1.92 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมรายด้าน (n=439 คน)

ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ		
ระดับต่ำ (1-8 คะแนน)	2	0.46
ระดับปานกลาง (9-17 คะแนน)	114	25.97
ระดับสูง (18-25 คะแนน)	323	73.58
Mean=18.40, S.D.=2.97		
ความรู้ ความเข้าใจ		
ระดับต่ำ (1-23 คะแนน)	2	0.46
ระดับปานกลาง (24-46 คะแนน)	92	20.96
ระดับสูง (47-70 คะแนน)	345	78.59
Mean=53.14, S.D.=8.97		
ทักษะการสื่อสาร		
ระดับต่ำ (1-5 คะแนน)	5	1.14
ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	311	70.84
ระดับสูง (11-15 คะแนน)	123	28.02
Mean=9.83, S.D.=1.64		
ทักษะการจัดการตนเอง		
ระดับต่ำ (1-12 คะแนน)	0	0.00
ระดับปานกลาง (13-24 คะแนน)	62	14.12
ระดับสูง (25-35 คะแนน)	377	85.88
Mean=27.84, S.D.=3.17		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมรายด้าน (n=439 คน) (ต่อ)

ด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะการตัดสินใจ		
ระดับต่ำ (1-7 คะแนน)	1	0.23
ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน)	316	71.98
ระดับสูง (15-20 คะแนน)	122	27.79
Mean=13.59, S.D.=2.32		
การรู้เท่าทันสื่อ		
ระดับต่ำ (1-7 คะแนน)	2	0.46
ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน)	376	85.65
ระดับสูง (15-20 คะแนน)	61	13.89
Mean=12.57, S.D.=1.92		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับความเพียงพอของรายได้ของตนเองต่อเดือน และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในภาพรวม (n=439 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				χ^2	*p*-value
	ต่ำและปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					8.76	0.013*
20-29	30	23.44	98	76.56		
30-39	25	16.78	124	83.22		
40-49	17	10.49	145	89.51		
สถานภาพสมรส					2.23	0.328
โสด	30	19.61	123	80.39		
คู่	38	15.26	211	84.74		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	4	10.81	33	89.19		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในภาพรวม (n=439 คน) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				χ^2	*p*-value
	ต่ำและปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษาสูงสุด**					2.23	0.430
ไม่ได้รับการศึกษา	1	33.33	2	66.67		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	52	17.62	243	82.38		
ปริญญาตรี	18	13.85	112	86.15		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	9.09	10	90.91		
อาชีพ					13.48	0.036*
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	6	14.29	36	85.71		
รับจ้างทั่วไป	21	14.79	121	85.21		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	11.76	30	88.24		
ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	17	24.64	52	75.36		
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	6	7.89	70	92.11		
ไม่ได้ทำงาน	13	28.89	32	71.11		
อื่นๆ	5	16.13	26	83.87		
ระดับความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน					34.75	0.000*
เพียงพอมีเงินเก็บ	14	8.48	151	91.52		
เพียงพอไม่มีเงินเก็บ	31	15.05	175	84.95		
ไม่เพียงพอ	27	39.71	41	60.29		
ประวัติการสูบบุหรี่**					0.44	0.438
ไม่เคยสูบ	71	16.59	357	83.41		
เคยสูบ	1	9.09	10	90.91		
ประวัติการดื่มสุรา (6 เดือนย้อนหลัง)**					2.07	0.463
ไม่เคยดื่ม	53	15.23	295	84.77		
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	18	20.89	68	79.11		
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	1	20.00	4	80.00		
ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องสายตรง**					0.90	0.402
ไม่มี	70	16.79	347	83.21		
มี	2	9.09	20	90.91		
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง					7.96	0.005*
ไม่เคย	52	20.72	199	79.28		
เคย	20	10.58	168	89.42		

* *p*-value<0.05, ** Fisher's exact test

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากสตรีที่อายุเพิ่มขึ้นจะมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 40-49 ปี มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในภาพรวมอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 89.51 ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีประสบการณ์และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคมะเร็งเต้านม ที่พบว่ามีอุบัติการณ์สูงในสตรีกลุ่มอายุ 40-49 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินุช บูรณะเรืองโรจน์ (2559) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าเมื่อสตรีวัยเจริญพันธุ์มีอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอาจเนื่องจากทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งการศึกษาพบว่าอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับสูง ร้อยละ 92.11 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด อาจเป็นไปได้ว่าอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวเป็นอาชีพที่อิสระสามารถบริหารจัดการเวลาได้เอง เมื่อสนใจในเรื่องใดก็สามารถใช้เวลาในการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ง่ายกว่า เนื่องจากไม่ต้องคำนึงถึงกฎระเบียบการเข้าปฏิบัติงานหรือการลางานเหมือนเช่นอาชีพอื่นๆ แตกต่างจากการศึกษาสตรีชุมชนกึ่งเมืองในรัฐเอโดะประเทศไนจีเรีย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขายมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับที่ไม่สูง แต่พบว่าผู้ที่ทำงานในสายอาชีพ งานขาย งานสอน และพยาบาล มีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูงเป็นสัดส่วนที่มากกว่า (Okobia *et al*., 2006)

ระดับความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีเงินเก็บจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมสูงเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ที่มีรายได้เพียงพอไม่มีเงินเก็บ ซึ่งผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความรอบรู้ต่ำที่สุด สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ผู้คนให้ความสำคัญกับการทำงานเพื่อสร้างรายได้มากกว่าเรื่องอื่นๆ เมื่อยังมีรายได้ไม่เพียงพอเลี้ยงชีพก็อาจทำให้ความสนใจในเรื่องอื่นๆ น้อยลงไป รวมถึงเรื่องสุขภาพด้วย เพราะยังจะใช้เวลาในชีวิตส่วนมากไปกับการทำงานหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา จงจามรีสีทอง (2548) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ย 10,000-14,999 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าเมื่อมีรายได้มากขึ้นจะมีความสนใจในเรื่องสุขภาพที่มากขึ้นด้วย

การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเนื่องจากเมื่อบุคคลได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองจะสามารถสังเกตสิ่งผิดปกติด้วยตนเอง มีการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ ให้ความสนใจและให้ความตระหนักต่อการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น โดยสตรีวัยเจริญพันธุ์จะสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลที่ได้รับเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพกับตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นจะเป็นผู้ที่มีความสนใจและใส่ใจในสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจ โดยผู้ที่มีความสนใจเรื่องสุขภาพของตนเองก็มักจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สนใจศึกษาหาข้อมูล

เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ตลอดเวลา ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้จะทราบได้ทันทีหากมีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง และสามารถเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพเพื่อตรวจรักษาได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของอุบล จันทร์เพชร และคณะ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่ามีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 44.4 ทั้งนี้เกณฑ์ตามตัวชี้วัด Service Plan สาขามะเร็งซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดของกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (อายุ 30–70 ปี) ร้อยละ 80 จากผลการปฏิบัติงานประจำปี 2559 ของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องของการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดลำปาง ด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนได้เพียงร้อยละ 58.87 (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านสื่อต่างๆ ก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

การลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ควรเน้นย้ำเรื่องเข้าถึงการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นประจำต่อเนื่องทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับการดำเนินงานรณรงค์เชิงรุกโดยการให้ความรู้ในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ผ่านสื่อที่หลากหลายและคลอบคลุมทุกมิติของการสื่อสาร รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ในการให้ความรู้ประชาชนเพื่อเป็นการย้ำเตือนประชาสัมพันธ์ให้ดูแลตนเองและเข้าถึงการรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปางทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำ และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ทำให้การศึกษาครั้งนี้ดำเนินไปได้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

จิรภา จงจามรีสีทอง. (2548). ความรู้ ทัศนคติ และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อตรวจกรองมะเร็งเต้านมของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล จันทร์เพชร, จุฑารัตน์ สะธรรมกิจ, ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์. (2558). พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 38(3), 56-72.

ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2542). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุบลราชธานี: คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

วีรวุฒิ อิ่มสำราญ, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, สมชาย ธนะสิทธิชัย และคณะ. (2554). การแพทย์ไทย 2554-2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). ข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โฆสิตการพิมพ์ จำกัด.

สังคม ศุภรัตนกุล. (2557). เอกสารประกอบการสอนวิชา ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติขั้นสูง (Advance Research Methodology and Statistics) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 29 มิถุนายน 2564]. แหล่งข้อมูล: URL: http://portal5.udru.ac.th/ebook/pdf/upload/173y8x2uyh3x6y391G4e.pdf

สิรินุช บูรณะเรืองโรจน์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 8(1), 279-294.

สำนักงานสถิติจังหวัดลำปาง. (2562). จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามเพศ และหมวดอายุ เป็นรายอำเภอ พ.ศ.2562. (เอกสารอัดสำเนา).

อนงนาฏ เรืองดำ และพัชรภรณ์ ทองวัชระ. (2554). สภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2563]. แหล่งข้อมูล: URL: http://hocc.medicine.psu.ac.th/files/khowledge/8august2011.pdf

Okobia, M. N., Bunker, C. H., Okonofua, F. E., & Osime, U. (2006). Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A cross-sectional study. World Journal of Surgical Oncology, 4(1), 1-9.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

The Effectiveness of Self-Efficacy Promoting Program on Knowledge, Attitudes and Practices of Caring for Elderly Dependents by Village Health Volunteers, Chun District, Phayao Province

ประกายมาศ ดอกหอม* ป.พย. (พยาบาลศาสตร์)	**Pragaymad Donkhom* Dip in N.EQU BN. (Nursing)**
ทิพวัลย์ ไชยวงศ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)**	**Tippawan Chaiwong** M.N.S. (Community Nurse Practitioner)**
สัณหวัช ไชยวงศ์* ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)**	**Sanhawat Chaiwong*** Dr.P.H. (Public Health)**

** โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา Jun Hospital, Phayao Province*

*** โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา Dok Khum Tai Hospital, Phayao Province*

**** สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ School of Public Health, Walailuk University*

Received: Nov 15, 2021 **Revised:** Mar 8, 2022 **Accepted:** May 6, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2562 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 อายุระหว่าง 46–59 ปี ร้อยละ 70.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68.00 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยนี้สามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับจัดกิจกรรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการรับรู้ทัศนคติแห่งตน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The purpose of this one group pretest-posttest design aimed to investigate the effect of a self-efficacy program on village health volunteers' knowledge, attitudes, and practices related to elderly care in Chun District, Phayao Province. The study population was sampled 50 village health volunteers by the method of purposive sampling technique. The data was gathered between April 1st and November 30th, 2019. The research tools composed of a self-efficacy program and questionnaires designed for collecting data of knowledge, attitudes, and practices in caring for elderly dependents. Analyses of the data were performed descriptive statistics including means, standard deviations, frequencies, percentages, and paired t-tests. Results of the study revealed that females constituted the preponderant portion of 88.00%, with a median age-range of 45 to 59 years 70.0 %, finished high schooling 38.0, and occupational engaged in agriculture 68.0%. When compared the means of variables between before and after the intervention, it was discovered that the total mean scores of knowledge and practices increased significantly (p-value<0.05). However, the total mean of attitude scores increased consequently after the experiment but did not differ by the test. Thus, the findings from this study can serve as a guide for the programs aimed to increase community awareness for the elderly care.

Key words: Knowledge, Attitude, Elderly care, Village health volunteers, Elderly

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2018 มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ตามการคาดประมาณของสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 2030 ประชากรสูงอายุจะสูงถึง 2.1 ล้านคน (World Health Organization, 2015) ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคซึมเศร้า ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล และโดยคนในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในสภาพปัจจุบันคนในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จะขาดผู้ดูแล (สุดา คำสุชาติ, 2560)

อำเภอจุน จังหวัดพะเยา มีประชากรสูงอายุ จำนวน 9,142 คน ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

และเบาหวาน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 327 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2561) และจากการดูแลที่ผ่านมาพบปัญหาคือ ผู้ป่วยไม่มีญาติคอยดูแล ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนยังมีน้อย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยของการไม่ได้รับการอบรมหรือฟื้นฟูความรู้ การไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดำเนินงาน การไม่ได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ขาดทักษะและความสามารถในการทำงาน (มินตรา สาระรักษ์, 2553) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรง คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการพัฒนาตนเองก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ (ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2558)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำในระดับหนึ่ง การรับรู้ความสามารถ สามารถพัฒนาได้จาก 4 แหล่ง คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้จากการใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยวาจา และการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งจะสามารถช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน และได้ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งทำให้เกิดการเรียนรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดประสิทธิผลของโปรแกรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน-พฤศจิกายน 2562 รวมระยะเวลาการศึกษา 8 เดือน

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 130 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 50 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งคำนวณ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 หลังจากนั้นนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางที่พัฒนาขึ้นตามหลักการของ Cohen (1988) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 50 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี สามารถพูด ฟัง และการติดต่อสื่อสาร อ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ สมัครใจและให้ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรมการวิจัย และผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเสียชีวิตหรือนอนรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ดัดแปลงมาจาก โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตน ของปิยนุช ภิญโย และคณะ (2558) โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับคู่มือแนวทางการอบรมดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2) การสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ 3) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบและประสบการณ์ และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกัน ดำเนินงานตามโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ารับหลักสูตรการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ ระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-13 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 14-19 คะแนน และระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 20-25 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความนึกคิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของแกนนำครอบครัว/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน เห็นด้วยมาก 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน และไม่เห็นด้วย 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล (Best, 1977) คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-1.33 หมายถึง ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุระดับน้อย คะนนเฉลี่ยระหว่าง 1.34-2.66 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.67-4.00 ระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม

หรือการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดมาตรวัดของลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล (Best, 1977) คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00-1.33 หมายถึงการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องปรับปรุง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.34-2.66 ระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.67-4.00 ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และภาษา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะยาว จำนวน 2 ท่าน แพทย์ที่ผ่านการอบรมแพทย์ประจำบ้าน จำนวน 1 ท่าน นำไปคำนวณหาค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.00 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 0.83 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.86 แบบประเมินทัศนคติและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.88 และ 0.81 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของโครงการให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

2. ขั้นดำเนินการตามโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences)

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติ โดยการบรรยายให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

1.2 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคไต โรคหัวใจ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

1.3 ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

1.4 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อคลายเครียด การออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อม ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การสอนและฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 12-13 คน เพื่อเข้าเรียนรู้ตามฐาน ดังนี้

ฐานที่ 1 สอนและฝึกทักษะเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (ปลายนิ้ว) การพ่นยา การฉีดอินซูลิน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ฐานที่ 2 สอนและฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผลเปิดรูทวารทางหน้าท้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ฐานที่ 3 สอนและฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ฐานที่ 4 สอนและฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การทำแผลทั่วไป การยกและเคลื่อนย้าย การดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก หน้ามืด เป็นลม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 เรียนรู้ผ่านตัวแบบและประสบการณ์จากผู้อื่น

2.1 การเปิดวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดการสิ่งแวดล้อม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้นแบบที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้ทักษะตามกระบวนการพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ ข้อดี ข้อเสีย สิ่งที่ภาคภูมิใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและเพิ่มทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)

4.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระบายความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การรับฟัง พูดคุย และให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย

4.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกแบบการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสะท้อนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านร่วมกัน

4.3 สรุปการเรียนรู้ร่วมกัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันตลอดจนร่วมสะท้อนและถอดบทเรียนการเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังอบรมโดยใช้ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา หมายเลขการรับรองการวิจัย 25/2562

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 อายุระหว่าง 46–59 ปี ร้อยละ 70.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68.00 มีรายได้ 5,001–10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 56.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=50 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	12.00
หญิง	44	88.00
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 35 ปี	2	4.00
ระหว่าง 35-45 ปี	8	16.00
ระหว่าง 46-59 ปี	35	70.00
มากกว่า หรือเท่ากับ 60 ปี	5	10.00
Mean=49.76, S.D.=8.03, Min=28, Max=65		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	9	18.00
ประถมศึกษาตอนปลาย	6	12.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	14.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	38.00
ปริญญาตรี	9	18.00
อาชีพ		
เกษตรกรรม	34	68.00
รับจ้าง	11	22.00
ค้าขาย	2	4.00
อื่นๆ	3	6.00
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	18	36.00
ระหว่าง 5,000-10,000 บาท	27	56.00
มากกว่า 10,000 บาท	5	10.00
Median =8,000, Min=5,000, Max=9,000		

2. ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 34.00 และระดับปานกลางร้อยละ 62.00 และระดับต่ำร้อยละ 4 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.00 และระดับปานกลางร้อยละ 18.00

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 100

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.00 และระดับปานกลางร้อยละ 22.00 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.00 และระดับปานกลางร้อยละ 10.00 ดังตารางที่ 2

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนการทดลองเท่ากับ 18.5 (S.D.=2.52) และหลังการทดลองเท่ากับ 21.5 (S.D.=2.28) สำหรับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.04 (S.D.=0.55) และหลังการทดลอง เท่ากับ 3.45 (S.D.=0.77) โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.61 (S.D.=0.25) และหลังการทดลอง เท่ากับ 3.70 (S.D.=0.26) โดยคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=50 คน)

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ระดับสูง (20-25 คะแนน)	17	34.00	41	82.00
ระดับปานกลาง (14-19 คะแนน)	31	62.00	9	18.00
ระดับต่ำ (1-13 คะแนน)	2	4.00	0	0.00
Mean (S.D.)	18.5 (2.52)		21.5 (2.28)	
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ระดับดี (2.67-4.00 คะแนน)	50	100.00	50	100.00
Mean (S.D.)	3.61 (0.25)		3.70 (0.26)	
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ระดับดี (2.67-4.00 คะแนน)	39	78.00	45	90.00
ระดับปานกลาง (1.34-2.66 คะแนน)	11	22.00	5	10.00
Mean (S.D.)	3.04 (0.55)		3.45 (0.77)	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังดำเนินการตามโปรแกรมฯการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	18.5	2.52	21.5	2.28	-7.558	0.000*
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.61	0.25	3.70	0.26	-1.956	0.620
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.04	0.55	3.45	0.77	-2.784	0.008*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้วิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบเป็นขั้นตอนร่วมกับได้รับข้อมูลต่างๆ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการทำกิจกรรมตามฐานการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโย และคณะ (2558) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนใต้) พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ประกอบด้วย การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ทักษะและทัศนคติที่ดีในการให้บริการ (นาฏยา นุชนารถ และคณะ, 2561) รวมทั้งได้รับการส่งเสริมการมีจิตอาสาและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ดุษณี บุญพิทักษ์สกุล และคณะ, 2564) จึงอาจทำให้มีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการเสร้างสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น เนื่องจากการใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจบทบาทตนเองชัดเจนขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการโดยเน้นประสบการณ์เป็นสำคัญ ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น (มินตรา สาระรักษ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา จิตรบรรทัด และคณะ (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลนาเคียน ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีของคนพิการสูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้เทคนิค (Appreciation-Influence-Control: AIC) ผลการศึกษาพบว่า ระบบและกลไกในการขับเคลื่อนคือ การสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และพัฒนาสมรรถนะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดูแลคนพิการสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้านมากที่สุดในด้านความรู้พื้นฐานในสิทธิของคนพิการสูงอายุ ร้อยละ 97.34 และด้านความรู้ในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ ร้อยละ 95.78

ข้อเสนอแนะ

1. ใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะหรือการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในชุมชน

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อจะได้เปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือด้วยดีมาโดยตลอด จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

ดุษณี บุญพิทักษ์สกุล, ศิริภัททรา จุฑามณี และอรพิชา เกตุพันธ์. (2564). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(4), 99-110.

นาฏยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์ และสุเทพ เชาวลิต. (2561). การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 6(2), 768-779.

ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, สายสุดา จันหัวนา, วชิรศักดิ์ อภิพัฒน์กานต์, ธรณิศ สายวัฒน์ และอมรรัตน์ อัครเศรษสกุล. (2558). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(3), 109-120.

ภาวิณี พรหมบุตร, เอื้อจิต สุขพูล, กิตติภูมิ ภิญโย และปิยนุช ภิญโย. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนใต้), วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(2), 113-128.

มินตรา สาระรักษ์. (2553). การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 12(2), 39-48.

วรัญญา จิตรบรรทัด, ธมลวรรณ แก้วกระจก และพิมพวรรณ เรืองพุทธ. (2560) ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 23(1), 5-16.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2561). สถิติผู้สูงอายุ อำเภอจุน [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2561]; แหล่งข้อมูล: URL: https://pyo.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.

สุดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 26(6), 1156-1164.

Bandura, A. (1997). Social learning theory. New Jersey: Prentice hall Inc.

Best, J. W. (1977). Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.

Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

World Health Organization. (2015). Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva Swizerland: World Health Organization.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Factors Associated with Body Mass Index among Nursing Personnel in Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital

ศิริพร ไพศาลสุทธิชล พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
อิสรีย์ ปัญญาวรรณ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

Siriporn Phisansuthichol M.N.S. (Nursing Management)
Issaree Panyawan M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai University

Received: Dec 8, 2021 **Revised:** Dec 16, 2021 **Accepted:** May 2, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายและศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ จำนวน 116 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 56.90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.24 มีอายุเฉลี่ย 41.34 ปี (S.D.=12.67) ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.76 รองลงมามีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน ร้อยละ 28.45 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.72 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตำแหน่ง อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว ผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อไป

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย, พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน, บุคลากรทางการพยาบาล

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study factors associated with body mass index (BMI) and overweight preventive behaviors of nursing personnel of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Total 116 samples were recruited by a simple random sampling method. The study method employed to collect the data by a questionnaire interview, and analyzed that data by applying descriptive statistics (frequencies, percentages, means, standard deviations, minimum and maximum values and chi-square test) through the decision on levels of statistical significance at *p*-value 0.05. The results showed that the majority of the samples 56.90% held nursing positions, 67.24% were female with an average age of 41.34 years (S.D.=12.67), 57.76% found in a normal range BMI, and 28.45% had an overweight. The score of overweight preventive behaviors was in a moderate level. Factors associated with BMI included career positions, ages, work experiences, education levels, income and congenital disorder. The results of this study can be used as information to develop a program to promote appropriate overweight preventive behaviors for nursing personnel and to reduce the risks of diseases in the future.

Key words: Body Mass Index, Overweight prevention behavior, Nursing personnel

บทนำ

ปัจจุบันโลกได้มีการเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นสูง มีรูปแบบการดำเนินชีวิตในสังคมแบบดิจิทัลและการเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น ทำให้คนมีการใช้พลังงานในการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ประกอบกับวิถีชีวิตที่เร่งด่วน มีความเครียดและความกดดันเพิ่มขึ้น การพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Salehi, 2022) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทำให้ร่างกายมีการสะสมไขมันมากผิดปกติหรือมากเกินกว่าที่ร่างกายจะเผาผลาญออกไป ที่เรียกว่าภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนได้ง่าย (Cuevas *et al.*, 2022) การมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ (Stefan *et al.*, 2021)

สถิติปัญหาสุขภาพอันเป็นผลจากการมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนนั้น ส่งผลทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกอย่างน้อย 2.8 ล้านคนในแต่ละปี จากประชากรทั่วโลกประมาณ 35.8 ล้านคน (World Health Organization, 2021) จากการสำรวจและวิเคราะห์โรคอ้วนอาเซียนในทั้งหมดหกประเทศ พบว่า ประเทศไทยมีความชุกของภาวะโรคอ้วนสูงเป็นอันดับ 2 อยู่ที่ร้อยละ 8.50 รองจากประเทศมาเลเซียที่มีความชุกร้อยละ 13.30 (Pengpid *et al.*, 2017) ในประเทศไทยแนวโน้มของโรคอ้วนในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่ามีแนวโน้มในการเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ร้อยละ

42.2 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 37.5 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) โดยจังหวัดเชียงใหม่มีประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี ที่มีค่า BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23 ร้อยละ 29.30 หรือเท่ากับ 108,014 คน จากจำนวนประชากร 680,205 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กลุ่มอาชีพและงานที่มีแนวโน้มเผชิญโรคอ้วนมากที่สุด คือ คนที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือสัมผัสกับบรรยากาศการทำงานที่ไม่เป็นมิตร ผลการวิจัยพบว่าอันดับ 1 คือ คนที่ทำงานเกี่ยวกับการป้องกันภัย เช่น ตำรวจ พนักงานรักษาความปลอดภัย ตามมาด้วย พนักงานภาครัฐและบริการข้อมูล ภาคขนส่ง ระบบดูแลสุขภาพและชุมชน ตามลำดับ (Luckhaupt *et al.*, 2014) ทั้งนี้กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลเป็นอีกหนึ่งอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนมากที่สุดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (Kunyahamu *et al.*, 2021) โดยบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยทางการพยาบาล พบว่ามีค่าดัชนีมวลกายหรือ BMI เกินมาตรฐานร้อยละ 49.25 โดยงานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุและโสต ศอ นาสิก พบร้อยละ 51.81 (สำราญ พุ่มวัชระ และคณะ, 2564) ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของบุคลากรทางการพยาบาล ในงานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุและโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปส่งเสริมและสนับสนุนการออกกำลังกายในบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย และศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สถานที่ในการวิจัย คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุและโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม–4 กันยายน 2564

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุและโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 166 คน (สำราญ พุ่มวัชระ และคณะ, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุและโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 116 คน คำนวณโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยจัดเรียงรายชื่อตามใบเวรของแต่ละหอผู้ป่วยดังนี้ สำนักงานการพยาบาล หอผู้ป่วยโสตฯ 1 หอผู้ป่วยโสตฯ 2 หอผู้ป่วยจักษุ 1 หอผู้ป่วยจักษุ 2 หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ หอผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และหน่วยจิตเวชเด็ก กำหนดเลขที่จัดเรียงจากรายชื่อตั้งแต่หัวหน้างาน ผู้ตรวจการหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยทางการพยาบาล แล้วจึงทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์อีกครั้งจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ตำแหน่ง เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา กรรมพันธุ์ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของศศิกร เสือแก้ว (2553) โดยไม่ได้ปรับแก้เนื้อหา จำนวน 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การประเมินระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินมี 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00-2.33	มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน อยู่ในระดับน้อย
2.34-3.67	มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน อยู่ในระดับปานกลาง
3.68-5.00	มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Consultation, 2004) คำนวณจากน้ำหนัก(kg)/ส่วนสูง $(m)^2$ โดยกำหนด ค่า BMI ต่ำกว่า 18.50 คือ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์/ผอม ค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.50-24.99 คือ สมส่วนหรือปกติ ค่า BMI อยู่ระหว่าง 25.00-30.00 คือ น้ำหนักเกิน และค่า BMI สูงกว่า 30.00 คือ โรคอ้วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ของศศิกร เสือแก้ว (2553) ผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่ได้ปรับแก้เนื้อหา โดยแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.88 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปสอบถามกับบุคลากรทางการพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้นเข้าร่วมประชุมกับหัวหน้างาน หัวหน้าผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุและโสต ศอ นาสิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย

2. กรรมการอาชีวอนามัยของหอผู้ป่วยเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้แก่บุคลากรในแต่ละหอผู้ป่วยตามรายชื่อที่สุ่มได้ จำนวน 116 ชุด กำหนดให้ส่งกลับภายใน 1 สัปดาห์ โดยได้แบบสอบถามคืน จำนวน 116 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

3. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยการทดสอบไคสแควร์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 342/2564 ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2564

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง มีตำแหน่งพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 56.90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.24 อายุเฉลี่ย 41.34 ปี (S.D.=12.67) ประสบการณ์การทำงาน มีค่ามัธยฐาน 16.65 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 38 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 56.90 รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ น้อยกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 37.07 รองลงมาคือ 30,001–50,000 บาท ร้อยละ 35.34 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 97.41 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 77.59 ไม่มีประวัติบิดา/มารดามีภาวะอ้วน ร้อยละ 84.48 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.07

พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ รับประทานอาหารแต่พออิ่ม มีคะแนนเฉลี่ย 3.91 (S.D.=1.30) รองลงมาคือ การทำงานบ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 3.81 (S.D.=1.85) ส่วนที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ การเล่นกีฬากลางแจ้งในวันหยุดหรือหลังเลิกงาน มีคะแนนเฉลี่ย 2.63 (S.D.=2.14) รองลงมาคือ การออกกำลังกายเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 5-7 วัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที) มีคะแนนเฉลี่ย 2.75 (S.D.=1.20) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มตัวอย่าง (n=116 คน)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	Mean	S.D.	แปลผล
1. หลีกเลี่ยงอาหารและขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ	3.13	0.74	ปานกลาง
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่	3.17	0.80	ปานกลาง
3. หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอด ไก่ทอด หอยทอด	2.94	0.86	ปานกลาง
4. เมื่อมีเวลาว่างจะหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้	3.27	1.12	ปานกลาง
5. ควบคุมอาหารโดยรับประทานแป้ง น้ำมันและน้ำตาลน้อยลง	3.22	0.85	ปานกลาง
6. ออกกำลังกายเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 5-7 วัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที)	2.75	1.20	ปานกลาง
7. รับประทานอาหารอาหารครบ 5 หมู่	3.60	0.87	มาก
8. รับประทานผักมากกว่า 4 ทัพพีต่อวัน	3.14	1.10	ปานกลาง
9. เลือกรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ลวก อบ มากกว่าอาหารประเภททอด	3.34	0.95	ปานกลาง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มตัวอย่าง (n=116 คน) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	Mean	S.D.	แปลผล
10. หลีกเลี่ยงของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมากๆ	3.23	1.05	ปานกลาง
11. ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม หรือชา กาแฟ	3.51	1.24	มาก
12. หายใจเร็วและมีเหงื่อออกขณะออกกำลังกาย	3.60	1.32	มาก
13. ดื่มนมรสจืดหรือนมไขมันต่ำแทนนมที่มีรสหวาน	3.49	1.48	ปานกลาง
14. รับประทานอาหารแต่พออิ่ม	3.91	1.30	มาก
15. รับประทานอาหารมื้อเย็นมากกว่ามื้ออื่น	3.28	1.51	ปานกลาง
16. มีขนมและอาหารตุนไว้ที่บ้านเสมอ	3.30	1.58	ปานกลาง
17. รับประทานอาหารที่บ้าน	3.48	1.51	ปานกลาง
18. เลือกรับประทานผลไม้สดที่รสชาติไม่หวานจัดแทนขนมหวานหรือเบเกอรีต่างๆ	3.48	1.59	ปานกลาง
19. เลือกรับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ	3.75	1.74	มาก
20. ทำงานบ้าน	3.81	1.85	มาก
21. เดินออกกำลัง ในระหว่างพักเที่ยงหรือหลังเลิกงาน	2.87	2.01	ปานกลาง
22. เล่นกีฬากลางแจ้งในวันหยุดหรือหลังเลิกงาน	2.63	2.14	ปานกลาง
23. เดินหรือปั่นจักรยาน หากระยะทางไม่ไกลมาก	3.43	2.19	ปานกลาง
24. เวลาว่างมักจะทำกิจกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าอยู่เฉยๆ	3.42	2.18	ปานกลาง

ในภาพรวมพบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.72 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 18.97 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 4.31 โดยมีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.42 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1.50 คะแนน ดังตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.76 รองลงมาคือ มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 28.45 อยู่ในระดับโรคอ้วน ร้อยละ 7.76 และอยู่ในระดับผอม ร้อยละ 6.03 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในภาพรวม (n=116 คน)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน)	5	4.31
ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	89	76.72
ระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)	22	18.97
Mean=3.25, S.D.=0.46, Max=4.42, Min=1.50		

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=116 คน)

ค่าดัชนีมวลกาย	จำนวน	ร้อยละ
ผอม (BMI <18.50 kg/m^2)	7	6.03
ปกติ (BMI 18.50-24.99 kg/m^2)	67	57.76
น้ำหนักเกิน (BMI 25.00–30.00 kg/m^2)	33	28.45
โรคอ้วน (BMI >30.00 kg/m^2)	9	7.76

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินกับดัชนีมวลกาย

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินกับดัชนีมวลกาย พบว่า ตำแหน่ง อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนเพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา กรรมพันธุ์ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบระดับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน (n=116 คน)

ตัวแปร	ระดับดัชนีมวลกาย				χ^2	*p*-value
	ผอมและปกติ		น้ำหนักเกินและโรคอ้วน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ตำแหน่ง					9.49	0.00*
พยาบาล	50	67.57	16	38.10		
ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยทางการพยาบาล	24	32.43	26	61.90		
เพศ					0.52	0.47
ชาย	26	35.14	12	28.57		
หญิง	48	64.86	30	71.43		
อายุ (ปี)					8.31	0.02*
น้อยกว่า 35	33	44.60	8	19.05		
36-50	23	31.08	16	38.10		
51-60	18	24.32	18	42.85		

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบระดับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน (n=116 คน) (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับดัชนีมวลกาย				χ^2	*p*-value
	ผอมและปกติ		น้ำหนักเกินและโรคอ้วน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)					10.81	0.00*
1-5	32	43.24	7	16.67		
6-10	5	6.76	1	2.38		
มากกว่า 10	37	50.00	34	80.95		
ระดับการศึกษาสูงสุด					8.47	0.01*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	16	21.62	20	47.62		
ปริญญาตรี	48	64.87	18	42.86		
สูงกว่าปริญญาตรี	10	13.51	4	9.52		
รายได้ต่อเดือน (บาท)					6.98	0.03*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30,000	21	28.38	22	52.38		
30,001- 50,000	31	41.89	10	23.81		
มากกว่า 50,000	22	29.73	10	23.81		
ประวัติการสูบบุหรี่					0.01	0.92
ไม่สูบบุหรี่	72	97.30	41	97.62		
สูบบุหรี่	2	2.70	1	2.38		
ประวัติการดื่มสุรา					0.07	0.79
ไม่ดื่ม	58	78.38	32	76.19		
ดื่ม	16	21.62	10	23.81		
กรรมพันธุ์					1.76	0.19
ไม่มี	65	87.84	33	78.57		
มี	9	12.16	9	21.43		
โรคประจำตัว					10.32	0.00*
ไม่มี	54	72.97	18	42.86		
มี	20	27.03	24	57.14		
พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน					1.70	0.43
ระดับน้อย	4	5.41	1	2.38		
ระดับปานกลาง	54	72.97	35	83.33		
ระดับมาก	16	21.62	6	14.29		

* *p*-value<0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุและโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายหลายด้าน ได้แก่ ตำแหน่ง อายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ในด้านตำแหน่งการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย เนื่องมาจากส่วนใหญ่ทำงานกะกลางคืนและปฏิบัติงานล่วงเวลาหรือมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากการศึกษาพบว่า การทำงานกะกลางคืนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรูปแบบการกินที่ผิดปกติและค่าดัชนีมวลกาย (Samhat *et al*., 2020) ซึ่งการทำงานเป็นกะอาจมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาโรคอ้วนในบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกะกลางคืน (Zhang *et al*., 2021) ทำให้การออกกำลังกายลดลง และส่งผลเสียต่อคุณภาพและปริมาณการนอนหลับ มีแนวโน้มที่จะพัฒนาความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารตามมา (Ganesan *et al*., 2019)

ส่วนปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นระบบการเผาผลาญของร่างกายลดลงและเกิดการชราของกล้ามเนื้อจึงทำให้มวลกล้ามเนื้อที่หายไปถูกไขมันส่วนเกินเข้ามาทดแทน ส่งผลให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานได้ไม่ดีเท่าที่ควร (Bilski *et al*., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปในสหรัฐอเมริกาที่สำรวจในปี 2554-2561 พบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนลงพุงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ 20-39 ปี มีน้ำหนักเกิน/โรคอ้วนและอ้วนลงพุงอยู่ที่ร้อยละ 20.10 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.70 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Liang *et al*., 2021) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี 2.35 เท่า (กนกนันท์ สมนึก และคณะ, 2564)

ในด้านประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย เนื่องจากผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากจะมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น ถือว่าอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญในงาน มีภาระงานด้านต่างๆ ทั้งด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน และด้านการประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงาน อาจทำให้มีความเครียดสูง ซึ่งความเครียดนั้นจะส่งผลให้ฮอร์โมนคอร์ตอซอล (Cortisol) และอาร์กินีน วาโสเพรสซิน (Arginine vasopressin) สูงขึ้น ทำให้ระบบเผาผลาญในร่างกายทำงานลดลง และยังมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่ม และความต้องการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีไขมัน หรือน้ำตาลสูง ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน (Hewagalamulage *et al*., 2016) ขณะเดียวกันเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตัวเองมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนก็ทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้เช่นกัน (Tomiyama, 2019) ต่างจากการศึกษาความเครียดและการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของนักศึกษามหาวิทยาลัยในสหราชอาณาจักรที่พบว่า ความเครียดทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง รู้สึกเบื่ออาหาร มักทำให้ร่างกายรับสารอาหารได้ไม่เต็มที่ จึงส่งผลให้มีน้ำหนักตัวลดลง (Serlachius *et al*., 2007)

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุด มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย เนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการ เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การอ่านฉลากสินค้าก่อนเลือกซื้อ ปริมาณที่เหมาะสมในการบริโภคน้ำตาล และไม่ได้คำนึงหรือระวังในการบริโภคน้ำมันต่อวัน (Do Carmo *et al*., 2008) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยกำหนดของการเพิ่มน้ำหนักและ

น้ำหนักเกินในผู้ใหญ่ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับโรคอ้วน (Rissanen *et al*., 1991)

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย เนื่องจากกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลที่มีรายได้น้อย ทำให้ยากต่อการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย การไม่มีเวลาในการพักผ่อนหรือออกกำลังกาย อีกทั้งบุคลากรทางการพยาบาลที่มีรายได้น้อยมักจะทำงานที่มีการเคลื่อนไหวทางกายมากกว่าทำให้ร่างกายต้องการพลังงานมาก ทำให้รับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรต ธัญพืชที่ผ่านการขัดสี น้ำตาล และอาหารที่มีไขมันสูง (Sturm & An, 2014) แต่ขณะเดียวกันการมีรายได้น้อยก็สามารถทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้เช่นกัน (Nugent *et al*., 2020)

การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย กล่าวคือ โรคประจำตัวบางโรคทำให้อ้วนเนื่องจากผลข้างเคียงของยา เช่น ยาต้านอาการซึมเศร้าบางชนิด ยากันชัก ยาลดความดันโลหิต อินซูลิน สเตียรอยด์ ยารักษาภูมิแพ้บางชนิด เป็นต้น มีผลต่อระบบการเผาผลาญอาหารลดลง ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น (Verhaegen & Van Gaal, 2017) ในขณะเดียวกันภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา โดยโรคอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อหลายอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Abarca-Gómez *et al*., 2017) ดังนั้นบุคลากรที่มีโรคประจำตัวอาจมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว

ข้อเสนอแนะ

ควรมีกลยุทธ์สร้างเสริมสมรรถภาพทางกายให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยของบุคลากร และสนับสนุนให้ทำกิจกรรมได้ตามปริมาณที่ต้องการและสามารถปฏิบัติได้สะดวกในการออกกำลังกาย โดยการออกแบบโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการลดค่าดัชนีมวลกายในบุคลากรทางการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณฝ่ายการพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในงานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป จิตเวช จักษุและโสต ศอ นาสิก และรวมถึงบุคลากรทางการพยาบาลทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทุนอุดหนุนการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ 026/2565

เอกสารอ้างอิง

กนกนันท์ สมนึก, กุลรัตน์ สายธิไชย, กิตติพงศ์ อ้วนแก้ว, รุ่งนภา ศิริพรไพบูลย์ และอานนท์ ทองคงหาญ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 65(1), 27-36.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ร้อยละของประชากรวัยทำงาน อายุ 18-59 ปี มีเส้นรอบเอวปกติ ระดับเขตสุขภาพ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/waist1859/index?year=2021

วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.

ศศิกร เสือแก้ว. (2553) การป้องกันภาวะอ้วนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สำราญ พุ่มวัชระ, ณัชวดี ไหวศรี, อิศรา ยศสุรินทร์ และคณะ. (2564). การสำรวจสุขภาพบุคลากร ปี 2564. จากฐานข้อมูลบุคลากรทางการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (เอกสารอัดสำเนา).

Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A. *et al.* (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128· 9 million children, adolescents, and adults. The lancet, 390(10113), 2627-2642.

Bilski, J., Pierzchalski, P., Szczepanik, M., Bonior, J., & Zoladz, J. A. (2022). Multifactorial Mechanism of Sarcopenia and Sarcopenic Obesity. Role of Physical Exercise, Microbiota and Myokines. Cells, 11(1), 160.

Cuevas, A. G., Stanton, M. V., Carvalho, K. *et al.* (2022). Stressful Life Events and Obesity in the United States: The Role of Nativity and Length of Residence. American Journal of Health Promotion, 36(1), 190-193.

Do Carmo, I., Dos Santos, O., Camolas, J. *et al.* (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. Obesity reviews, 9(1), 11-19.

Ganesan, S., Magee, M., Stone, J. E. *et al.* (2019). The impact of shift work on sleep, alertness and performance in healthcare workers. Scientific reports, 9(1), 1-13.

Hewagalamulage, S. D., Lee, T. K., Clarke, I. J., & Henry, B. A. (2016). Stress, cortisol, and obesity: a role for cortisol responsiveness in identifying individuals prone to obesity. Domestic animal endocrinology, 56, S112-S120.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement, 30(3), 607-610.

Kunyahamu, M. S., Daud, A., & Jusoh, N. (2021). Obesity among Health-Care Workers: Which Occupations Are at Higher Risk of Being Obese?. International journal of environmental research and public health, 18(8), 4381.

Liang, X., Or, B., Tsoi, M. F., Cheung, C. L., & Cheung, B. M. (2021). Prevalence of Metabolic Syndrome in the United States National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2011-2018.

Luckhaupt, S. E., Cohen, M. A., Li, J., & Calvert, G. M. (2014). Prevalence of obesity among US workers and associations with occupational factors. American journal of preventive medicine, 46(3), 237-248.

Nugent, R., Levin, C., Hale, J., & Hutchinson, B. (2020). Economic effects of the double burden of malnutrition. The Lancet, 395(10218), 156-164.

Pengpid, S., Peltzer, K., Rachmi, C. N., Agho, K. E., Li, M., & Baur, L. A. (2017). Tackling Obesity in Asean: Prevalence, Impact, and Guidance on Interventions. PLoS One, 11(6), 1-6.

Rissanen, A. M., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A., & Aromaa, A. (1991). Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. European journal of clinical nutrition, 45(9), 419-430.

Salehi, M. (2022). The Effect of Stress and Psychological Disorders on Functional Gastrointestinal Disorders. GOVARESH, 26(3), 143-148.

Samhat, Z., Attieh, R., & Sacre, Y. (2020). Relationship between night shift work, eating habits and BMI among nurses in Lebanon. BMC nursing, 19(1), 1-6.

Serlachius, A., Hamer, M., & Wardle, J. (2007). Stress and weight change in university students in the United Kingdom. Physiology & behavior, 92(4), 548-553.

Stefan, N., Birkenfeld, A. L., & Schulze, M. B. (2021). Global pandemics interconnected-obesity, impaired metabolic health and COVID-19. Nature Reviews Endocrinology, 17(3), 135-149.

Sturm, R., & An, R. (2014). Obesity and economic environments. CA: a cancer journal for clinicians, 64(5), 337-350.

Tomiyama, A. J. (2019). Stress and obesity. Annual review of psychology, 70, 703-718.

Verhaegen, A. A., & Van Gaal, L. F. (2017). Drug-induced obesity and its metabolic consequences: a review with a focus on mechanisms and possible therapeutic options. Journal of Endocrinological Investigation, 40(11), 1165-1174.

WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet, 363(9403), 157-163.

World Health Organization. (2021). Body Mass Index (BMI) [online]. [cited 11 June 2021]; Available from: URL: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index

Zhang, S., Wang, H., Wang, Y., Yu, M., & Yuan, J. (2021). Association of rotating night shift work with body fat percentage and fat mass index among female steelworkers in north China. International journal of environmental research and public health, 18(12), 6355.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

Health Literacy about Overnutrition in Elementary School Students under the Municipal Administration of Mueang District, Suphanburi Province

วลัยพร กาฬภักดี* ส.บ. (สาธารณสุขชุมชน)	**Walaiporn Kalpakdee* B.P.H. (Community Health)**
ศรีสุรางค์ เคหะนาค* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)	**Srisurang Kehanak* M.Sc. (Public Health)**
กันธิมา ศรีหมากสุก* พย.ม. (เวชปฏิบัติชุมชน)	**Kanthima Srimaksuk* M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)**
ปุรินทร์ ศรีศลักษณ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), พย.ม. (เวชปฏิบัติชุมชน)**	**Purin Srisodsaluk** M.Sc. (Public Health), M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)**

** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi province*

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี Boromarajonani College of Nursing Suphanburi*

Received: Mar 25, 2022 **Revised:** May 20, 2022 **Accepted:** Jun 30, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 155 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2564 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 67.70 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.71 เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน พบว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.61 ในขณะที่ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.45 และ 47.10 ตามลำดับ ส่วนการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.55, 48.39 และ 58.06 ตามลำดับ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรหาแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของนักเรียนในประเด็นการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, นักเรียนประถมศึกษา, ภาวะโภชนาการเกิน

ABSTRACT

This cross-sectional survey study aimed to investigate health literacy on overnutrition of elementary school students in grades 4 to 6 at municipality schools in Mueang District, Suphanburi Province. The sample size included 155 students recruited by a purposive sampling method. Collection of the data gathered information from the students by a questionnaire interview during a period of July to August 2021. The methods of analysis were to perform descriptive statistics, including frequencies, percentage, means, standard deviations, maximum and minimum. The results demonstrated most of the samples were male, 67.70%, and had a moderate level of health literacy on overnutrition 58.71%. Consideration for each aspect of the factors, understanding of overnutrition was in a high level of 51.61% whereas self-management and decision-making skills on overconsumption were at a moderate level 46.45%, and 47.10% respectively. Access to health information, health communication skills, and media literacy skills regarding overnutrition were at low level, 53.55%, 48.39%, and 58.06% respectively. The replication from the findings suggested to health care professionals should design programs for behavioral changes among the elementary school students having problem of overnutrition by enhancing health literacy on an access to health information, health communication skill, and media literacy about overnutrition to raise their health literacy in the schools.

Key words: Health literacy, Elementary school students, Overnutrition

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กไทยมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะโภชนาการเกินเพิ่มมากขึ้น (สถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา, 2563) โดยเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี 2564 และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2565) จากภาวะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กวัยเรียนและเป็นสาเหตุให้เจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี ภาวะหายใจลำบาก การหยุดหายใจขณะหลับ และโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองและการถูกกลั่นแกล้งจากสังคม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557; สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากข้อมูลการสุ่มสำรวจเด็กวัยเรียนจาก 4 ภาคของประเทศไทยปี 2556 จำนวน 1,570 คน พบว่ามีเด็กวัยเรียนที่มีโภชนาการเกินเกณฑ์ในระดับอ้วนในเขตเมือง ร้อยละ 16.3 และชนบท ร้อยละ 7.7 และพบว่าเด็กวัยเรียนมีโภชนาการเกินเกณฑ์สูงกว่าเด็กก่อนวัยเรียน ร้อยละ 5.0-8.2 (Rojroongwasinkul *et al.*, 2013) สอดคล้องกับรายงานของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่พบว่าเด็กวัยเรียนในจังหวัดสุพรรณบุรีมีภาวะโภชนาการเกินในระดับเริ่มอ้วนและอ้วนคิดเป็นร้อยละ 16.91 (ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2564) โดยมีจำนวนสูงที่สุดที่อำเภอบางปลาม้า รองลงมาคืออำเภอศรีประจันต์ และอำเภอเมืองสุพรรณบุรี โดยมีร้อยละ 19.91, 19.46 และ 18.95 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563) สาเหตุของการเกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ที่ส่งผลกระทบให้ปัญหาดังกล่าวขยายวงกว้างครอบคลุมทุกพื้นที่ (กองแผนงาน กรมอนามัย, 2559) การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้นั้น จำเป็นที่จะต้องให้เด็กวัยเรียนมีความรู้เท่าทันทางสุขภาพและโภชนาการ ทั้งทางด้านการบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563)

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี เพื่อนำผลการศึกษาที่เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา ตามแนวคิดของนัตบีม (Nutbeam, 2008; กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2564 โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 4 โรงเรียน จำนวน 775 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2564 โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 4 โรงเรียน ที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 155 คน ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี 2) มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์โดยมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง มากกว่า +2S.D. (กรมอนามัย, 2542) 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการและผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย โดยเกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) นักเรียนย้ายโรงเรียนหรือป่วยในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล 2) นักเรียนที่ขอถอนตัวออกจากการศึกษาการวิจัยระหว่างเก็บข้อมูล 3) นักเรียนที่ย้ายเข้ามาในระหว่างปีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสอบถาม ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน ประยุกต์จากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียนในแต่ละวัน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม (Bloom *et al.*, 1971) ระดับสูง มีคะแนนระหว่าง 8-10 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 6-7 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นตัวเลือกแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง (7 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 5 คะแนน มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม (Bloom *et al.*, 1971) ดังนี้ ระดับสูงมีคะแนนระหว่าง 20-25 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 15-19 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 1-14 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นตัวเลือกแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง (7 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 5 คะแนน มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม (Bloom *et al.*, 1971) ดังนี้ ระดับสูงมีคะแนนระหว่าง 24-30 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 18-23 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 1-17 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 5 ข้อ แบ่งคำถามออกเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นตัวเลือกแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง (7 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 5 คะแนน มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม (Bloom *et al.*, 1971) ดังนี้ ระดับสูงมีคะแนนระหว่าง 20-25 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 15-19 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 1-14 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นตัวเลือกแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง (7 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 5 คะแนน มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม (Bloom *et al.*, 1971)

ดังนี้ ระดับสูงมีคะแนนระหว่าง 20-25 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 15-19 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 1-14 คะแนน

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ จำนวน 4 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นตัวเลือกแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน มาก เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน มีคะแนนเต็ม 16 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวม (Bloom *et al.*, 1971) ดังนี้ ระดับสูงมีคะแนนระหว่าง 13-16 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 9-12 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 1-8 คะแนน

โดยเกณฑ์การให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 องค์ประกอบหลัก จำนวน 35 ข้อ คะแนนรวม 131 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน (Bloom *et al.*, 1971) ดังนี้ระดับสูงมีคะแนนระหว่าง 105-131 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่าง 78-104 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนระหว่าง 1-77 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างแบบสอบถาม และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 เมื่อนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม 2564 โดยทำหนังสือขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตเทศบาลพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีจำนวน 4 โรงเรียน โดยเมื่อได้รับการอนุญาตแล้วจึงประสานงานกับครูอนามัยโรงเรียนและดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-S2563/054 ลงวันที่ 5 มกราคม 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 67.70 อายุเฉลี่ย 11.59 ปี (S.D.=0.95) โดยอายุมากที่สุด 12 ปี ร้อยละ 40.00 และอายุน้อยที่สุด 9 ปี ร้อยละ 0.65 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 43.87 รองลงมา คือ ประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 40.00 และประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 16.13 และได้รับเงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 45.79 บาท (S.D.=20.63) น้อยกว่า 50 บาท ร้อยละ 80.65 รองลงมา 50-99 บาท ร้อยละ 12.90 และมากกว่า 100 บาทขึ้นไป ร้อยละ 6.45 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนระดับประถมศึกษา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=155 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	105	67.70
หญิง	50	32.30
อายุ (ปี)		
9 ปี	1	0.65
10 ปี	19	12.26
11 ปี	49	31.61
12 ปี	62	40.00
13 ปี	22	14.19
14 ปี	2	1.29
Mean=11.59, S.D.=0.95, Min=9, Max=14		
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	25	16.13
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	68	43.87
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	62	40.00
จำนวนเงินที่ได้รับมาโรงเรียนในแต่ละวัน (บาท/วัน)		
น้อยกว่า 50 บาท	125	80.65
50 – 99 บาท	20	12.90
100 บาทขึ้นไป	10	6.45
Mean=45.79, S.D.=20.63, Min=10, Max=150		

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์รายด้าน

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า มีคะแนนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 51.61, 28.39 และ 20.00 ตามลำดับ โดยประเด็นคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ เมื่อมีภาวะโภชนาการเกินควรหลีกเลี่ยงข้าวขาหมู ร้อยละ 90.32 (Mean=0.90, S.D.=0.30) และประเด็นคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ตั้งใจเรียนสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาตนเองเป็นการจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ดีที่สุด ร้อยละ 41.29 (Mean=0.41, S.D.=0.49)

การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง

ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 53.55, 40.65 และ 5.80 ตามลำดับ โดยประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ สามารถประเมินข้อมูลภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ด้วยตนเอง (Mean=3.12, S.D.=1.26) ส่วนประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ มีการสอบถามเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean=2.16, S.D.=1.04)

ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 48.39, 45.81 และ 5.80 ตามลำดับ โดยประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ฟังคำแนะนำเรื่องโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนักจากครู พ่อแม่ และเพื่อน (Mean=3.51, S.D.=1.02) ส่วนประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ สามารถบอกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนป้องกันโรคอ้วนเพื่อให้คนอื่นเข้าใจ (Mean=2.60, S.D.=1.07)

การจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง ระดับต่ำ และระดับสูง ร้อยละ 46.45, 37.42 และ 16.13 ตามลำดับ โดยประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ ราดหน้า ก๋วยเตี๋ยว เมื่ออยู่ที่โรงเรียน (Mean=3.77, S.D.=1.19) ส่วนประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือการไม่ได้กำหนดตารางการรับประทานอาหารด้วยตนเอง (Mean=2.46, S.D.=1.41)

การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 58.06, 34.84 และ 7.10 ตามลำดับ โดยประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเลือกรับประทานอาหารที่มีฉลากบอกส่วนประกอบหรือข้อมูลทางโภชนาการ (Mean=3.39, S.D.=1.17) ส่วนประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การรับประทานอาหารตามโฆษณา (Mean=2.37, S.D.=1.17)

ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 47.10, 46.45 และ 6.45 ตามลำดับ โดยประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือหากเพื่อนชวนให้กินเค้กวันเกิด แต่กำลังลดน้ำหนัก (Mean=3.41, S.D.=0.90) ส่วนประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การช่วยเพื่อนที่อยากลดน้ำหนัก แต่ไม่อยากเหนื่อย (Mean=2.17, S.D.=1.22)

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ในภาพรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์โดยรวมของนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ร้อยละ 1.94, 58.71 และ 39.35 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำแนกตามระดับในแต่ละด้าน (n=155 คน)

ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์		
ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	31	20.00
ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	44	28.39
ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง (8-10 คะแนน)	80	51.61
Mean=7.15, S.D.=2.06, Min=1, Max=10		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์		
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (1-14 คะแนน)	83	53.55
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	63	40.65
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง (20-25 คะแนน)	9	5.80
Mean=13.81, S.D.=3.70, Min=5, Max=23		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์		
ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำ (1-17 คะแนน)	75	48.39
ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง (18–23 คะแนน)	71	45.81
ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับสูง (24-30 คะแนน)	9	5.80
Mean=17.06, S.D.=4.67, Min=7, Max=28		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์		
ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ (1-14 คะแนน)	58	37.42
ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	72	46.45
ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (20-25 คะแนน)	25	16.13
Mean=15.66, S.D.=3.51, Min=6, Max=23		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์		
การรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ (1-14 คะแนน)	90	58.06
การรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	54	34.84
การรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับสูง (20-25 คะแนน)	11	7.10
Mean=13.87, S.D.=3.48, Min=6, Max=22		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์		
ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ (1-8 คะแนน)	10	6.45
ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	73	47.10
ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง (13-16 คะแนน)	72	46.45
Mean=12.06, S.D.=2.22, Min=5, Max=16		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำแนกตามระดับ ในแต่ละด้าน (n=155 คน) (ต่อ)

ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ในภาพรวม		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (1–77 คะแนน)	61	39.35
ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (78–104 คะแนน)	91	58.71
ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (105–131 คะแนน)	3	1.94
Mean=79.62, S.D.=12.58, Min=46, Max=115		

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่นักเรียนซึ่งมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 9-14 ปี อยู่ในวัยเรียนรวมทั้งได้รับความรู้จากการเรียนในโรงเรียนเกี่ยวกับเรื่องโภชนาการซึ่งถูกบรรจุอยู่ในการเรียนในทุกระดับชั้นของนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล (2557) ที่พบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากโรงเรียนในหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ กำหนด และระดับความรู้มีความเหมาะสมกับเด็กแตกต่างกันในแต่ละชั้น ซึ่งความรู้จะส่งผลต่อการคิด ตัดสินใจกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากนักเรียนมีการค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการจากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และหนังสือ สอบถามข้อมูลภาวะโภชนาการเกินจากครู หรือพ่อแม่ รวมถึงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนักเรียนปฏิบัตินานๆ ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของจามจุรี แซ่หลู่ และนภาวรรณ วิริยะศิริกุล (2563) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในวัยรุ่นตอนต้นที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ได้ อาจอธิบายได้ว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพแม้ว่าจะมีแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่นักเรียนสามารถเลือกสืบค้นได้ แต่ขาดการตรวจสอบข้อมูลทางสุขภาพที่สืบค้นมาจากหลายๆ แหล่ง (วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ และคณะ, 2562)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านทักษะการสื่อสารของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.39 ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กนักเรียนระกับประถมศึกษาได้ฟังคำแนะนำเรื่องโรคอ้วนและการควบคุมน้ำหนักจากครู พ่อแม่ และเพื่อน ได้เล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ตนของนักเรียนให้กับพ่อแม่หรือเพื่อนฟังจนเข้าใจและอ่านหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอ้วนและโรคอื่นๆ แต่ไม่สามารถบอกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอ้วนให้คนอื่นเข้าใจได้ (อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล, 2557)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านทักษะการจัดการตนเองของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.45 เนื่องจากนักเรียนได้รับความรู้ทางโภชนาการแต่อาจไม่ได้รับการฝึกการจัดการตนเอง รวมทั้งอาจไม่ได้มีส่วนร่วมในการเลือกอาหารที่เหมาะสม หรือกำหนดอาหารที่ช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัวของตนเอง โดยการรับประทานของนักเรียนทั้ง 3 มื้อนั้น มื้อเช้าและมื้อเย็นนักเรียนจะรับประทานอาหารที่ผู้ปกครองจัดเตรียมให้ มีเพียงมื้อกลางวันที่นักเรียนสามารถเลือกซื้อรับประทานเองที่โรงเรียน ซึ่งบางแห่งจะมีการจัดอาหารกลางวันไว้ให้นักเรียนแล้วด้วยเช่นกัน (ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ, 2562)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากนักเรียนสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันได้อย่างสะดวกง่ายดาย สื่อดังกล่าวมักมีโฆษณาแฝงอยู่เสมอ โดยเมื่อนักเรียนได้รับสื่อดังกล่าวบ่อยครั้งอาจส่งผลต่อการเลือกรับสื่อหรือการตัดสินใจหรือรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนและการตัดสินใจในการบริโภคอาหารเหล่านั้นได้ (อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล, 2557)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านทักษะการตัดสินใจของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.10 เนื่องจากนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยมากมีความรู้ในเรื่องโภชนาการอยู่ในระดับสูง สามารถแนะนำถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ แต่ยังไม่สามารถตัดสินใจในการปฏิเสธพฤติกรรมที่สามารถนำไปสู่โรคอ้วนได้ อาจอธิบายได้ว่าในการตัดสินใจของวัยรุ่นนั้นอาจมีพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อนมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดี แต่ทักษะการตัดสินใจยังไม่ถูกต้องทั้งหมดเนื่องจากอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ของนักเรียนประถมศึกษาที่นำไปสู่การจัดทำรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อลดการเกิดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียนต่อไป

2. ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์กับเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา และเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายแก่นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ในโรงเรียนที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุพรรณบุรีให้มากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงใน 4 โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีเท่านั้นจึงทำให้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกินมีจำนวนน้อย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักเรียนที่และผู้ปกครอง โรงเรียนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ดร.จิรนันท์ ตุลชาติ อาจารย์มารุต ภู่เพนียด และอาจารย์ปัญจรัตน์ ไล้สุวรรณชาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จนงานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี (นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายกับมัธยมศึกษาตอนต้น) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2563]; แหล่งข้อมูล: URL: http://hed.go.th/linkHed/394

กองแผนงาน กรมอนามัย. (2560). รายงานประจำปี 2559 กรมอนามัย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จามจุรี แซ่หลู่ และนภาวรรณ วิริยะศิริกุล. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 7(11), 1-15.

ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูติพัฒนะ และอิสระ ทองสามสี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.hu.ac.th/conference/conference2019/proceedings2019/FullText/02%20-%20ระดับชาติ%20-%20ภาคโปสเตอร์/G9-He/4-056He-NP%20(ธีรศักดิ์%20ศรีพิทักษ์)%201529-1545.pdf

วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, จุภาพร ภิรมย์ไกรภักดิ์ และวิจิตรา นวนันทวงศ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยรุ่นตอนต้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6(พิเศษ), 80-90.

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. (2564). รายงานตัวชี้วัดที่ 1.2 ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นรอบ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม- กรกฎาคม 2564) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021/04-5005-20210416091824/b7b71a27c7a5f6e9edaa9fe1a9494b37.pdf

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). สุขภาพคนไทย ปี 2557 : ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง ... สู่การปฏิรูปประเทศจากฐานราก. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2563). ‘ภาวะโภชนาการเกิน’ ผลข้างเคียงต่อเด็กในช่วงล็อคดาวน์ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://research.eef.or.th/ภาวะโภชนาการเกิน-ผลข้า/

สารภี จันทร์มุณี และสุชาดา นวนทอง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: http://km.ptho.moph.go.th/upload/2561/71.pdf

สุขสม พรหมสาลี และศรัชฌา กาญจนสิงห์ (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 6 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: http://do6.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2022-02-28-7-22-4473606.pdf

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). องค์การอนามัยโลกแนะเร่งแก้ปัญหาโรคอ้วนในเด็ก [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/index.php/article/องค์การอนามัยโลกแนะเร่งแก้ปัญหาโรคอ้วนในเด็ก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2563). รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2563. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2565). รายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 1.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน สำนักโภชนาการ รอบ 5 เดือนหลัง ปี 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/2564-1.11-2.pdf

อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(2), 1-11.

Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072-2078.

Rojroongwasinkul, N., Kijboonchoo, K., Wimonpeerapattana, W. *et al.* (2013). SEANUTS: The nutritional status and dietary intakes of 0.5–12-year-old Thai children. British Journal of Nutrition, 110(S3), S36-S44.

การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

Investigation of COVID-19 Outbreak in Chiang Dao District, Chiang Mai Province

กชพร อินทวงศ์ พ.บ., อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว **Kotchaporn Intravong M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine**

โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ Chiang Dao Hospital, Chiang Mai Province

Received: Apr 16, 2022 **Revised:** Jun 4, 2022 **Accepted:** Jun 30, 2022

บทคัดย่อ

งานควบคุมโรค โรงพยาบาลเชียงดาวได้รับแจ้งเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2564 พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงดำเนินการสอบสวนโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการระบาด บรรยายลักษณะทางระบาดวิทยา อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อของผู้สัมผัส และหาแนวทางควบคุมโรค ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาด้วยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กำหนดนิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ผู้ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (PCR) ยืนยันจากห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลนครพิงค์และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งที่ไม่มีและมีอาการแสดงระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม–19 สิงหาคม 2564 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลังเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค พบผู้ป่วยตามนิยามจำนวน 27 คน คิดเป็นอัตราป่วย 81.76 ต่อแสนประชากรประชากร ในพื้นที่ 3 ตำบลของอำเภอเชียงดาว ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือเสียชีวิต อาการที่พบมากที่สุด คือ ไอ ร้อยละ 81.48 และพบว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสผู้ป่วยหลายครั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 13.55 เท่า ของกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสผู้ป่วยครั้งเดียว (95%CI=2.57-71.55) กลุ่มที่เสี่ยงสัมผัสจากกิจกรรมทางสังคมมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 12.39 เท่า ของกลุ่มที่สัมผัสอื่นๆ (สถานที่ทำงาน การขนส่งสาธารณะ และตลาด) (95%CI= 1.54-99.38) และกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 4.69 เท่า ของกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ (95%CI=1.68-13.15) โดยภายหลังจากการดำเนินการควบคุมโรคด้วยการค้นหาผู้ป่วยและติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเพื่อแยกกัก ปิดสถานที่เสี่ยงเป็นเวลา 14 วัน งดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มคน เน้นมาตรการ D-M-H-T-T-A ทำให้การแพร่ระบาดในครั้งนี้ยุติลง

คำสำคัญ: การสอบสวนโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, โรคโควิด 19, ปัจจัยเสี่ยง

ABSTRACT

The Disease Control Section of Chiang Dao Hospital received a report on July 25, 2021 about an outbreak of COVID-1 before the Section had immediately responded for an investigation of 200 individuals having close contact with the patients. The aims of case investigation required to confirm the evidence, to describe epidemiological characteristics, to define the risk factors, and to find out a surveillance method to control the outbreak of COVID-19. This study was a descriptive epidemiology of asymptomatic and symptomatic COVID-19 patients based on PCR SARS-CoV-2 reports confirmed by Nakornping Hospital laboratory and Regional Medical Sciences Center 1 Chiang Mai. Epidemiological analysis of COVID-19 based on the retrospective cohort study with univariate and multivariate methods for the risk factors. Findings indicated 27 confirmed cases (crude incidence rate was 81.76 per 100,000 persons) found not severely ill or dead. Cough was the most common symptom (81.48%). Multiple exposure increased risk of COVID-19 infection 13.55 times (95%CI=2.57-71.55) more than single exposed. A social activity contact was the highest risk for COVID-19 infection 12.39 times compared to a household contact, workplace, and market (95%CI=1.54-99.38). And high risk persons who exposed to symptomatic patients had 4.69 times more infective than those contacted with patients before onset of the symptoms (95%CI =1.68-13.15). The disease had been controlled after the patients and high risk contacted persons were isolated and quarantined, the risky places were closed for 14 days, social activities were refrained, and the D-M-H-T-T-A prophylaxis procedure was emphasized.

Key words: Disease investigation, Coronavirus Disease 2019, COVID-19, Chiang Dao District, Risk factor

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยแพร่จากคนสู่คนผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่ (Droplets) เป็นหลัก หลังจากคนปกติได้รับเชื้อเข้าไปมีระยะฟักตัวตั้งแต่ 2-14 วัน โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5-7 วัน และเกิน 97% ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการภายใน 14 วัน ห่วงโซ่ของการแพร่ระบาดในงานวิจัยส่วนใหญ่เวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 4 และ 5 วัน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประเทศไทยตรวจพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกเป็นนักท่องเที่ยวจีนเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 และพบคนไทยคนแรกที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวันที่ 31 มกราคม 2563 โดยสถานการณ์ ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อในประเทศไทยยอดสะสมรวม 497,302 คน ผู้เสียชีวิตสะสมรวม 4,059 คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากสถานการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่พบผู้ติดเชื้อยอดสะสมรวม 5,128 คน ผู้เสียชีวิตสะสมรวม 31 คน (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเฉพาะกิจจังหวัดเชียงใหม่, 2564)

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเชียงดาว เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2564 พบผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ด้วยวิธี RT-PCR และผลการตรวจเป็นบวก (Detected) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอเชียงดาวจึงได้ดำเนินการสอบสวนโรค เพื่อทำการควบคุมโรคตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม-19 สิงหาคม 2564 เนื่องจากการระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดครั้งแรกในเขตพื้นที่อำเภอเชียงดาวที่มากกว่า 1 ตำบล ด้วยโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยเกิดมาก่อน ผู้วิจัยจึงดำเนินการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อที่จะยืนยันการระบาดของโรค บรรยายลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อของผู้สัมผัสโรค และเพื่อกำหนดมาตรการในการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป และเป็นการศึกษาเพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตพื้นที่ประเทศไทย

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ศึกษาข้อมูลทั่วไปของอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ทบทวนและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยยืนยันตามแบบสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (แบบสอบสวนโรค Novelcorona 1, 2, 4 และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย) สอบสวนและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมของอำเภอเชียงดาวโดยใช้นิยามผู้ป่วยตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับ 23 มีนาคม 2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (PCR) ยืนยันจากห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลนครพิงค์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งที่ไม่มีอาการแสดงและมีอาการแสดง ระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม–19 สิงหาคม 2564

ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact) หมายถึง ผู้ที่อยู่ใกล้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเชียงดาวในระยะน้อยกว่า 2 เมตรเป็นเวลานานกว่า 5 นาที หรือถูกไอจามรด หรือมีกิจกรรมที่มีการสัมผัสโดยตรงกับเชื้อโรคจากน้ำลาย เสมหะของผู้ติดเชื้อ การใช้ของร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน หรือผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิดไม่มีการถ่ายเทอากาศร่วมกับผู้ติดเชื้อเป็นระยะเวลานานกว่า 30 นาที เช่น ในรถปรับอากาศหรือห้องปรับอากาศระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม–19 สิงหาคม 2564 รวมทั้งหมด 200 คน

ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง (High risk close contact) หมายถึง ผู้สัมผัสที่อาจรับเชื้อจากผู้ป่วย ได้แก่

ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยนับแต่วันเริ่มป่วย (หรือก่อนมีอาการประมาณ 1-2 วัน) ผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่

- ผู้ที่อยู่ใกล้หรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วย เป็นเวลานานกว่า 5 นาที หรือถูกไอจามรดจากผู้ป่วย ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดอาศัยร่วมบ้าน ทำกิจกรรมร่วมกัน ร่วมวงรับประทานอาหาร ไม่สวมหน้ากากอนามัย
- ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิด ไม่มีการถ่ายเทอากาศมากนัก ร่วมกับผู้ป่วย เป็นเวลานานกว่า 30 นาที เช่น ในรถปรับอากาศ รถตู้ หรือห้องปรับอากาศ ตั้งแต่วันที่ 25 กรกฎาคม–19 สิงหาคม 2564

ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ไม่พบเชื้อ หมายถึง ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงที่ได้รับการสอบสวนโรค และได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวันที่พบ (0) วันที่ 7 และ วันที่ 14 ของการสัมผัส และตรวจไม่พบเชื้อ (Not detected)

วันที่สัมผัส index case* หมายถึง วันที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้สัมผัสกับผู้ติดเชื้อที่คาดว่าส่งต่อเชื้อมาให้

โดยอ้างอิงตามวันที่ผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการเป็นวันที่ 0 ซึ่งหมายถึง สัมผัสวันเดียวกับวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ โดยช่วงเวลาที่สามารถแพร่เชื้อได้สูงสุดคือ ช่วงวันที่ 1-6 ที่มีอาการ (Cheng *et al.*, 2020)

ระยะฟักตัว (Incubation period) หมายถึง ช่วงระยะเวลาหลังรับเชื้อ จนกระทั่งมีอาการ

ระยะแสดงอาการ (Symptomatic period) หมายถึง ระยะที่มีอาการ นับจากวันแรกที่เริ่มมีอาการ

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ทีมสอบสวนโรคเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab จากการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยันและการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT–PCR ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1

3. การศึกษาสิ่งแวดล้อม

ทีมสอบสวนโรคได้ทำการสำรวจการดำเนินการตามหลัก D-M-H-T-T-A และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภอเชียงดาว เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ติดเชื้อ

4. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณแบบการศึกษาย้อนไปข้างหลัง (Retrospective cohort study) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้สัมผัสใกล้ชิด เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและแบบสอบสวนโรค Novelcorona 1, 2 และ 4 ที่บันทึกโดยทีมสอบสวนโรคอำเภอเชียงดาว ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการรวบรวมข้อมูลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Univariate analysis และ Multiple logistic regression กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และช่วงความเชื่อมั่น Confidence intervals เท่ากับ 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ ชม 0032.001.2/158 เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2565

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

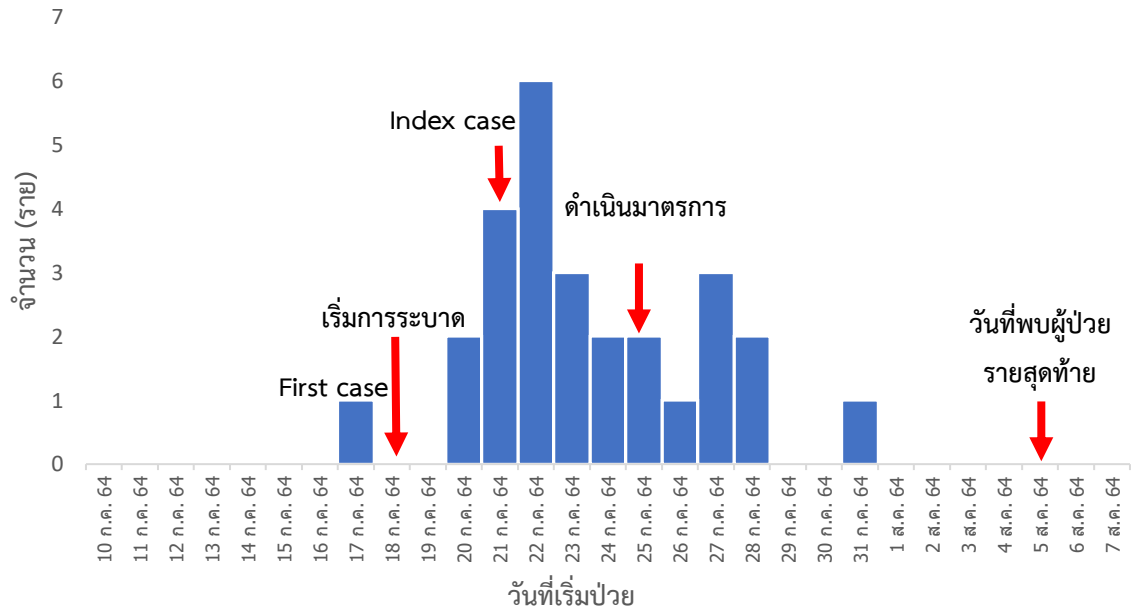
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสามตำบลของอำเภอเชียงดาว ได้แก่ ทุ่งข้าวพวง เมืองงาย และเชียงดาว ซึ่งเป็นพื้นที่ติดต่อกัน ลักษณะเป็นพื้นที่ราบ ซึ่งต่างจากภูมิประเทศของตำบลอื่นที่ภูมิประเทศปกคลุมไปด้วยภูเขาสูง ส่งผลให้มีการคมนาคมที่สะดวกระหว่างสามตำบล มีเส้นทางสายหลัก 1 สายและเส้นทางสายรองอีกหลายเส้นทาง ลักษณะของชุมชนเป็นชุมชนเมือง เป็นแหล่งเศรษฐกิจและที่ทำการของหน่วยงานราชการ พบว่า ประชากรในสามตำบลมีความเชื่อมโยงทางเครือญาติ กลุ่มเพื่อน และกลุ่มที่ทำงาน โดยพบว่าประชากรในการศึกษาทั้งหมด 200 คน มีความเชื่อมโยงทางเครือญาติร้อยละ 29 (58 คน) กลุ่มเพื่อนที่ทำกิจกรรมทาง

สังคมร่วมกัน (กลุ่มรถวิบาก) ร้อยละ 35.50 (71 คน) กลุ่มที่ทำงานและผู้ใช้ยานพาหนะร่วมกัน ร้อยละ 35.50 (71 คน)

การระบาดครั้งนี้ทีม SRRT โรงพยาบาลเชียงดาว ได้รับรายงานผู้ป่วยยืนยันรายแรก (Index case) เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 50 ปี อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว ตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR เริ่มมีอาการครั่นเนื้อครั่นตัว ตั้งแต่วันที่ 21 กรกฎาคม 2564 จากการสอบสวนโรค พบว่า ติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อที่มีประวัติเดินทางไปสถานที่เสี่ยง คือ ตลาดขายส่งผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร ที่พบการระบาดในกรุงเทพมหานคร ซึ่งนับเป็นผู้ติดเชื้อรายแรกในการระบาดครั้งนี้ (First case)

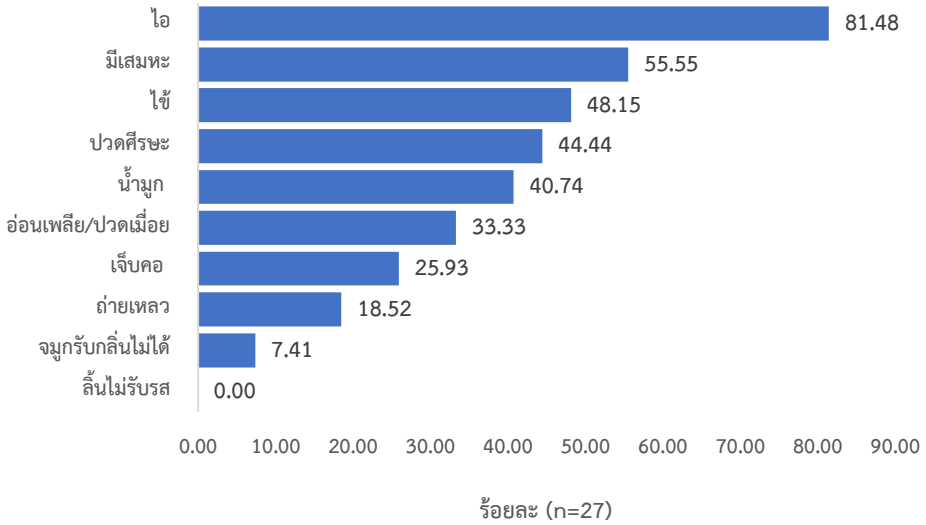
ผลการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม จากการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยันในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วย Index Case (Close contact tracing) และค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ในพื้นที่อำเภอเชียงดาวพบผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคจำนวน 200 ราย พบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 27 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 81.76 ต่อแสนประชากร ในพื้นที่ 3 ตำบลของอำเภอเชียงดาว คือ ตำบลเมืองงาย ทุ่งข้าวพวง และเชียงดาว (ประชากรรวม 33,025 คน) คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 13.50 ต่อจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงของวงระบาดนี้ โดยไม่พบผู้ป่วยที่ป่วยหนักหรือเสียชีวิตเลย

ผลจากการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคพบผู้ป่วยยืนยันรายสุดท้ายในวันที่ 5 สิงหาคม 2564 เป็นเด็กชาย อายุ 6 ปี 2 เดือน มีอาการไอ มีเสมหะ มีน้ำมูกใน วันที่ 22 กรกฎาคม 2564 มีประวัติสัมผัสกับครูสอนหนังสือที่บ้านซึ่งเป็นผู้ป่วยยืนยัน ดังแสดงในเส้นโค้งการระบาด (Epidemic curve) โดยลักษณะของการระบาดเป็นแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (Propagated source outbreak) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามวันเริ่มป่วยระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม – 19 สิงหาคม 2564 (n=27)

อาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการระบาดครั้งนี้อาการที่พบมากสุด คือ ไอ ร้อยละ 81.48 รองลงมาคือ มีเสมหะ ไข้ ปวดศีรษะ และมีน้ำมูก คิดเป็นร้อยละ 55.55, 48.15, 44.44 และ 40.74 ตามลำดับ ส่วนอาการจมูกรับกลิ่นไม่ได้พบเพียงร้อยละ 7.41 และไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการลิ้นไม่รับรส ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 อาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

จากการวิเคราะห์แยกตามกลุ่มย่อยพบอัตราป่วยแตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 0-9 ปี เป็นกลุ่มที่อัตราป่วยสูงสุด ร้อยละ 60.00 กลุ่มอายุ 20-29 ปี เป็นกลุ่มที่อัตราป่วยต่ำสุด ร้อยละ 5.13 อัตราป่วยในเพศหญิง ร้อยละ 18.29 สูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 10.17 เมื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้สัมผัสกับผู้ป่วยพบอัตราป่วยสูงสุดในคู่สมรส ร้อยละ 75.00 รองลงมาคือกลุ่มญาติใกล้ชิด ร้อยละ 66.67 และกลุ่มสัมผัสผ่านกิจกรรมทางสังคม (กลุ่มสังสรรค์) ร้อยละ 21.13 แต่ไม่พบการติดเชื้อผู้สัมผัสจากการเดินทางและที่ทำงาน รวมถึงลูกจ้างรายวัน ซึ่งมีการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเพียงผิวเผิน อัตราการติดเชื้อสูงสุดในกลุ่มที่สัมผัสผู้ติดเชื้อในวันที่ 3-4 ของอาการป่วย ร้อยละ 45.45 รองลงมาคือ สัมผัสวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ร้อยละ 33.33 ของผู้ที่สัมผัสในช่วงเวลานั้นทั้งหมด ดังตารางที่ 1

กลุ่มที่มีการติดต่อทางสังคม โดยกลุ่มสังสรรค์เป็นกลุ่มที่พบอัตราป่วยสูงสุด ในกลุ่มที่ใช้ภาชนะร่วมกันเข้าร่วมกลุ่มสังสรรค์มากกว่า 15 นาที และกลุ่มที่รับประทานอาหารร่วมกัน โดยมีอัตราป่วยร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ กลุ่มที่ดื่มสุรา มีอัตราป่วย ร้อยละ 93.33 ดังตารางที่ 2

2. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี Nasopharyngeal swab ด้วยวิธี RT-PCR ในกลุ่มผู้ป่วยสัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงจำนวน 200 ราย พบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.50

3. ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม

จากการสอบสวนโรคพบแหล่งการแพร่ระบาดของโรคมาจากกิจกรรมการรวมกลุ่มขับรถวิบาก โดยหลังจากการทำกิจกรรมมักจะมีงานเลี้ยงสังสรรค์ตามร้านอาหารหรือบ้านของสมาชิก โดยพบว่าผู้ป่วยรายแรกของการระบาดมีอาชีพขนส่งผลิตผลทางการเกษตรจากอำเภอเชียงดาวไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด

และมีการร่วมกลุ่มสังสรรค์กลุ่มรถวิบากในวันที่ 18 กรกฎาคม 2564 หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดไปสู่กลุ่มรถวิบากอื่นในอำเภอเชียงดาวและเกิดการแพร่ระบาดไปสู่กลุ่มเพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัวโดยมีลักษณะการอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยาย มีการรับประทานอาหารร่วมกันโดยไม่ได้ใช้ช้อนกลาง ใช้ภาชนะร่วมกันโดยเฉพาะแก้วน้ำ จากผลการสำรวจการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่ออยู่ในที่สาธารณะร่วมกิจกรรมสาธารณะ แต่ไม่ใส่เมื่ออยู่กับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวและในวงสังสรรค์ ไม่นิยมพกแอลกอฮอล์ล้างมือ

ตารางที่ 1 อัตราป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=200 คน)

ข้อมูล	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่ติดเชื้อ	อัตราป่วย (ร้อยละ)
อายุของกลุ่มเสี่ยง (ปี)			
<10	5	3	60.00
10-19	12	4	33.33
20-29	39	2	5.13
30-39	51	6	11.76
40-49	36	6	16.67
50-59	40	4	10.00
≥60	17	2	11.76
เพศ			
ชาย	118	12	10.17
หญิง	82	15	18.29
ความสัมพันธ์กับ Index case			
คนในครอบครัว	58	11	18.97
- คู่สมรส	4	3	75.00
- คนในครอบครัว (ที่ไม่ใช่คู่สมรส)	23	4	17.39
- ญาติใกล้ชิด	3	2	66.67
- เครือญาติ	28	2	7.14
สัมผัสผ่านกิจกรรมทางสังคม	71	15	21.13
การเดินทางและยานพาหนะ	3	0	0
ผู้ร่วมงาน	59	1	1.69
อื่นๆ ได้แก่ ลูกจ้างรายวันในสวน	9	0	0

ตารางที่ 1 อัตราป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=200 คน) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่ติดเชื้อ	อัตราป่วย (ร้อยละ)
การดำเนินโรคช่วงที่มีการสัมผัส			
ระยะฟักตัว (Incubation period)	134	7	5.22
ระยะแสดงอาการ (Symptomatic period)	66	20	30.30
วันที่สัมผัส Index case*			
สัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ ≥5 วัน	11	0	0
สัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ 3-4 วัน	15	0	0
สัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ 1-2 วัน	99	4	4.04
สัมผัสวันเดียวกับวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ (0 วัน)	9	3	33.33
สัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้ว 1-2 วัน	51	15	29.41
สัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้ว 3-4 วัน	11	5	45.45
สัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้ว ≥5 วัน	4	0	0

ตารางที่ 2 อัตราป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สัมผัสผ่านกิจกรรมทางสังคม (กลุ่มสังสรรค์) (N=15 คน)

ลักษณะของพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่ติดเชื้อ	อัตราป่วย (ร้อยละ)
กลุ่มสังสรรค์ใช้ภาชนะร่วมกัน	15	15	100.00
กลุ่มสังสรรค์มากกว่า 15 นาที	15	15	100.00
กลุ่มสังสรรค์รับประทานอาหารร่วมกัน	15	15	100.00
กลุ่มสังสรรค์ดื่มสุรา	15	14	93.33
กลุ่มสังสรรค์ไม่สวมผ้าปิดปาก	15	12	80.00

4. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis)

เมื่อการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Univariate analysis พบว่า กลุ่มอายุน้อยกว่า 19 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 5.76 เท่า ของกลุ่มอายุ 19-59 ปี (95%CI=1.95-16.99) กลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสผู้ป่วยหลายครั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 28.33 เท่า ของกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสผู้ป่วยครั้งเดียว (95%CI=7.03-114.21) กลุ่มที่เสี่ยงสัมผัสจากกิจกรรมทางสังคมมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 17.75 เท่า ของกลุ่มที่สัมผัสอื่นๆ (สถานที่ทำงาน การขนส่งสาธารณะ และตลาด) (95%CI= 2.28-138.32) กลุ่มที่เสี่ยงสัมผัสที่บ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 18.59 เท่า ของกลุ่มที่สัมผัสอื่นๆ (สถานที่ทำงาน การขนส่งสาธารณะ และตลาด) (95%CI=2.32-149.19) และกลุ่มเสี่ยงที่มี

การสัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 7.89 เท่า ของกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ (95%CI=3.12-19.88)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Univariated analysis (N=200 คน)

ปัจจัย	ป่วย		ไม่ป่วย		OR	95%CI	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	12	10.17	106	89.83	Ref.		
หญิง	15	18.29	67	81.71	1.98	(0.87-4.48)	0.102
อายุ (ปี)							
< 19	7	41.18	10	58.82	5.76	(1.95-16.99)	0.002*
19-59	18	10.84	148	89.16	Ref.		
≥ 60	2	11.76	15	88.24	1.10	(0.23-5.18)	0.908
การสัมผัสผู้ป่วย							
การสัมผัสผู้ป่วยหลายครั้ง	9	33.33	3	1.73	28.33	(7.03- 114.21)	0.000*
การสัมผัสผู้ป่วยครั้งเดียว	18	66.67	170	98.27	Ref.		
สถานที่สัมผัส							
บ้าน	11	20.75	42	79.25	18.59	(2.32-149.19)	0.006*
กิจกรรมทางสังคม	15	20.00	60	80.00	17.75	(2.28-138.32)	0.006*
กลุ่มที่สัมผัสอื่นๆ (สถานที่ทำงาน การขนส่งสาธารณะ และตลาด)	1	1.39	72	98.61	Ref.		
ช่วงวันที่มีอาการขณะสัมผัส							
สัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ	7	5.22	127	94.78	Ref		
สัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้ว	20	30.30	46	69.70	7.89	(3.12-19.88)	0.000*

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Multiple Logistic Regression

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การสัมผัสผู้ป่วย สถานที่สัมผัส ช่วงวันที่มีอาการขณะสัมผัส โดยการคัดเลือกตัวแปรแบบขั้นตอนเข้าสู่สมการพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ คือ กลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสผู้ป่วยหลายครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 13.55 เท่า ของกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสผู้ป่วยครั้งเดียว (95%CI=2.57-71.55) กลุ่มที่เสี่ยงสัมผัสจากกิจกรรมทางสังคมมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 12.39 เท่า ของกลุ่มที่สัมผัสอื่นๆ (สถานที่ทำงาน การขนส่งสาธารณะ และตลาด) (95%CI=1.54-99.38)

และกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 4.69 เท่า ของกลุ่มเสี่ยงที่มีสัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ (95%CI=1.68-13.15) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Multiple Logistic Regression (N=200 คน)

ปัจจัย	Unadjusted			Adjusted		
	OR	95%CI	*p*-value	OR	95%CI	*p*-value
อายุ (ปี)						
< 19	5.76	(1.95-16.99)	0.002	2.11	(0.51-8.74)	0.303
19-59	Ref.			Ref		
≥ 60	1.10	(0.23-5.18)	0.908	0.66	(0.10-4.41)	0.672
การสัมผัสผู้ป่วย						
การสัมผัสผู้ป่วยหลายครั้ง	28.33	(7.03- 114.21)	0.000	13.55	(2.57-71.55)	0.002*
การสัมผัสผู้ป่วยครั้งเดียว	Ref.			Ref.		
สถานที่สัมผัส						
บ้าน	18.59	(2.32-149.19)	0.006	4.96	(0.51-48.48)	0.168
กิจกรรมทางสังคม	17.75	(2.28-138.32)	0.006	12.39	(1.54-99.38)	0.018*
กลุ่มที่สัมผัสอื่นๆ (สถานที่ทำงาน การขนส่งสาธารณะ และตลาด)	Ref.			Ref.		
ช่วงวันที่มีอาการขณะสัมผัส						
สัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ	Ref			Ref		
สัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้ว	7.89	(3.12-19.88)	0.000	4.69	(1.68-13.15)	0.003*

*p-value<0.05

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

1. เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) โดยมีนายอำเภอเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์และทุกภาคส่วนร่วมปฏิบัติการจัดประชุม War Room EOC อำเภอเชียงดาวสัปดาห์ละครั้งและทีม SRRT อำเภอเชียงดาวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เพื่อติดตามสถานการณ์

2. สอบสวนโรคเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อเข้าข่ายหรือผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเขียนไทม์ไลน์ (Timeline) และค้นหากลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติมเพื่อแยกกักผู้ป่วย ให้การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาของกรมการแพทย์

3. ค้นหาติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติมด้วยการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยัน (Close contact tracing) เพื่อแยกระบุกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

และกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำให้ครบถ้วน ด้วยการสอบถามผู้ป่วยยืนยันเพื่อค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในช่วง 1 ระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดก่อนป่วย (14 วัน) (หากเป็นผู้ติดเชื้อไม่มีอาการถือวันที่เก็บสิ่งส่งตรวจเสมือนเป็นวันเริ่มป่วย) ออกคำสั่งกักตัวกลุ่มเสี่ยงสูงจำนวน 14 วัน และแยกกักกันที่บ้าน (Home quarantine) หรือพื้นที่รองรับที่ส่วนราชการจัดเตรียมไว้ ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งที่ 2 ในวันที่ 7 และครั้งที่ 3 ในวันที่ 14 ของการแยกกักกัน ในผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำให้ดำเนินชีวิตตามปกติ สังเกตอาการตนเอง (Self-monitoring) เป็นเวลา 14 วัน ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A (D: Distancing=เว้นระยะห่าง, M: Mask wearing=สวมหน้ากาก, H: Hand washing=ล้างมือบ่อยๆ, T: Temperature=ตรวจวัดอุณหภูมิ, T: Testing=ตรวจเชื้อโควิด 19 และ A: Application=ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ/หมอชนะ) หากมีไข้หรืออาการของระบบทางเดินหายใจให้ตรวจด้วย RT-PCR ทันที

4. ค้นหาเชิงรุก (Active case finding) ในชุมชนเพื่อค้นหาและดำเนินการแยกผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการค้นหาผู้ป่วยตามเกณฑ์การสอบสวนโรคผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยยืนยันรายแรกของอำเภอเชียงดาว

5. ปิดสถานที่เสี่ยงเป็นเวลา 14 วัน ทำความสะอาดสถานที่ที่พบการระบาด ฝ่ายปกครองปิดหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งด่านชุมชนจำกัดการเข้าออก งดกิจกรรมที่มีการชุมนุมรวมคน ประชุมหรือเคลื่อนย้ายคนจำนวนมาก 28 วันหลังจากพบผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ป่วยยืนยันรายสุดท้าย

6. ประสานการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) เชิงรับที่โรงพยาบาลเชียงดาวในทุกจุดบริการของโรงพยาบาล และทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเน้นการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเข้มงวด

7. ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ สถานการณ์โรค สาเหตุ อาการ การป้องกัน และการควบคุมโรค ผ่านทางเสียงตามสาย เพจของส่วนราชการ สื่อประชาสัมพันธ์ ของอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

8. ประเมินสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัวของผู้ป่วยรายสุดท้าย คือวันที่ 19 สิงหาคม 2564 (จากการสอบสวนโรคพบผู้ป่วยรายสุดท้ายเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2564)

อภิปรายผล

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเชียงดาว ระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม-19 สิงหาคม 2564 มีอัตราป่วยเท่ากับ 81.76 ต่อแสนประชากร พบในพื้นที่ 3 ตำบลของอำเภอเชียงดาวซึ่งต่ำกว่าระดับประเทศที่มีอัตราป่วยเท่ากับ 960.7 ต่อแสนประชากร (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เนื่องจากสามารถตรวจจับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ตั้งแต่ช่วงแรกๆ ที่มีผู้ป่วยในพื้นที่ เนื่องจากประชาชนมีความตื่นกลัวส่งผลให้เข้ารับการคัดกรองและรักษาอย่างรวดเร็ว

จุดเริ่มต้นของการระบาดในอำเภอเชียงดาวเริ่มต้นจากการติดเชื้อจากภายนอกอำเภอ ผลการสอบสวนโรคพบว่า Index case ของการระบาดในครั้งนี้เริ่มมีอาการป่วยหลังจากสัมผัสใกล้ชิดกับสมาชิกในวงรถวิบากโดยมีผู้ป่วยรายแรกเป็นสมาชิก

ในกลุ่มสังสรรค์ ผู้ป่วยรายแรกขณะร่วมกลุ่มมีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ ซึ่งเป็นระยะที่แพร่กระจายเชื้อได้ หลังจากนั้น Index case และผู้ป่วยรายแรกยังคงมีการร่วมกิจกรรมรถวิบากและกลุ่มสังสรรค์ เป็นสาเหตุของการแพร่กระจายเชื้อระหว่างเพื่อนร่วมกลุ่มและสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาและผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ สาเหตุของการระบาดในครั้งนี้เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการดำเนินการควบคุมโรคหลังพบผู้ป่วยรายสุดท้ายไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ภายใน 28 วัน คือวันที่ 2 กันยายน 2564 กล่าวได้ว่าอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ ปัจจัยความสำเร็จคือ การมีความตระหนักของประชาชนในพื้นที่ ความร่วมมือของชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเทศบาลตำบลเขาสมิง จังหวัดตราด ได้แก่ การบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วน และการที่ประชาชนและอสม.ในพื้นที่ช่วยเจ้าหน้าที่สอดส่องดูแลในพื้นที่ (วลีรัตน์ หิรัญศิริวรโชติ, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนบ้านบางม่วง ตำบลฝาละมี อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ที่พบว่า อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในระดับตำบลและหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นคนในพื้นที่มีการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายและประสานความร่วมมือกับชุมชน (พงศ์ศักดิ์ จันทร์ทอง และคณะ, 2564)

การศึกษานี้ยังพบว่าการสัมผัสผู้ป่วยหลายครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 13.55 เท่า ของกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสผู้ป่วยครั้งเดียว เนื่องจากการสัมผัสหลายครั้งเป็นการเพิ่มโอกาสในการรับเชื้อและเพิ่มปริมาณเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงที่สัมผัสผู้ป่วยหลายครั้งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์เป็นครอบครัว และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสังสรรค์อีกด้วย ตรงกับรายงานจากสาธารณรัฐประชาชนจีนที่พบว่า การติดต่อเกิดได้บ่อยกว่าในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ร่วมบ้าน หรือมีความสัมพันธ์เป็นครอบครัว คือมีโอกาสติดเชื้อสูงประมาณสองเท่าในกลุ่มที่มีผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนมากกว่า 6 คน (Jing *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2020)

ปัจจัยเสี่ยงด้านสถานที่สัมผัสพบว่า กลุ่มที่เสี่ยงสัมผัสจากกิจกรรมทางสังคมมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 12.39 เท่า ของกลุ่มที่สัมผัสอื่นๆ (สถานที่ทำงาน การขนส่งสาธารณะ และตลาด) แตกต่างจากการศึกษาที่สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งพบกลุ่มผู้ติดเชื้อ SARS- CoV-2 มีอัตราส่วนเป็นกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านสูงกว่ากลุ่มผู้สัมผัสกลุ่มอื่น (Bi *et al.*, 2020) และในลักษณะของ Secondary infection จากกลุ่มสัมผัสอื่นๆ ที่นำเชื้อเข้ามาสู่ผู้อาศัยร่วมบ้าน (Lin *et al.*, 2021) แต่พบว่าการสัมผัสจากกิจกรรมทางสังคม เป็นการสัมผัสใกล้ชิดห่างกันน้อยกว่า 2 เมตร มีการรับประทานอาหารร่วมกัน ไม่สวมผ้าปิดปาก ผู้ที่อยู่ใกล้หรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วย เป็นเวลานานกว่า 5 นาที ซึ่งการศึกษานี้พบอัตราการป่วยสูงสุดในกลุ่มที่ใช้ภาชนะร่วมกัน เข้าร่วมกลุ่มสังสรรค์มากกว่า 15 นาที และกลุ่มที่รับประทานอาหารร่วมกัน เช่นเดียวกับการรายงานที่พบในสถานบันเทิงที่กรุงเทพมหานคร (ธนวดี จันทร์เทียน และคณะ, 2563) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ปิดมากกว่า 15 นาที รับประทานอาหารร่วมกัน ดื่มสุรา และไม่สวมหน้ากากอนามัยเช่นกัน แตกต่างจากการสัมผัสผ่านทางการขนส่งสาธารณะ

การสัมผัสที่ทำงาน และร้านค้าชุมชน (ตลาด) ซึ่งมักเป็นพื้นที่เปิด ไม่มีการรับประทานอาหารร่วมกัน และมีข้อกำหนดว่าเป็นพื้นที่สาธารณะต้องสวมผ้าปิดปาก

ปัจจัยเรื่องช่วงวันที่มีอาการขณะสัมผัส พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากเริ่มมีอาการแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 4.69 เท่า ของกลุ่มเสี่ยงที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยก่อนเริ่มมีอาการ กล่าวคือ เมื่อสัมผัสในช่วงเวลาที่มีอาการของโรค ได้แก่ อาการไข้ ไอ จาม ในช่วงวันที่ 1-6 ของการดำเนินโรค จะทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อมากขึ้น ดังมีรายงานของสาธารณรัฐประชาชนจีน (Bi *et al.*, 2020) ซึ่งรายงานการติดเชื้อมากที่สุดเมื่อสัมผัสในช่วง 4-8 วันของการติดเชื้อ และใน 5 วันแรกของการมีอาการตามรายงาน (Cheng *et al.*, 2020) และรายงานความเสี่ยงสูงเมื่อสัมผัสผู้ป่วยในระยะที่มีอาการเป็น 2.15 เท่า เทียบกับระยะไม่มีอาการ อาจเนื่องจากเป็นระยะที่มีอาการไอ จาม เป็นการส่งต่อเชื้อให้กับผู้อื่นได้มากที่สุด (Liu *et al.*, 2020)

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงแพร่กระจายอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีจำนวนผู้ป่วยลดน้อยลง แต่การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ล้างมือ ลดการรับประทานอาหารร่วมกัน สวมผ้าปิดปาก เว้นการดื่มสุราและกิจกรรมกลุ่มสังสรรค์ ยังคงเป็นนโยบายสำคัญที่ยังควรคงไว้เพื่อลดการติดเชื้อต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากอาการของผู้ป่วย พบว่า อาการจมูกไม่ได้กลิ่นเป็นอาการที่พบได้เพียง ร้อยละ 7.41 และไม่พบอาการลิ้นไม่รับรส แต่กลับพบอาการท้องเสียถ่ายเหลวได้ถึงร้อยละ 18.52 ดังนั้นอาจใช้เป็นอีกหนึ่งคำถามในการประเมินอาการของผู้ป่วย โดยเพิ่มคำถามเกี่ยวกับอาการท้องเสียถ่ายเหลวในส่วนแบบคัดกรองเบื้องต้นของผู้ที่สงสัยว่าได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อัตราการติดเชื้อพบว่า การติดเชื้อจากกิจกรรมทางสังคมมีการติดเชื้อสูงกว่าในครอบครัว ดังนั้นมาตรการเชิงนโยบาย ควรเน้นย้ำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านงดรับประทานอาหารร่วมกัน งดดื่มสุราเพิ่มเติมจากการลดกิจกรรมการรวมกลุ่ม ทั้งนี้โดยเฉพาะช่วงเทศกาล วันหยุดยาว ที่อาจนำไปสู่การรวมญาติใกล้ชิด

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย การติดตามผู้มีความเสี่ยงสัมผัสสามารถติดตามได้เพียงผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเชียงดาว อาจไม่ครอบคลุมผู้สัมผัสทั้งหมด ทำให้เป็นอคติของกลุ่มประชากร (Selection bias) ของการศึกษาในแง่ของการติดเชื้อในเครือญาติสูงกว่า

2. การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบสวนโรค Novel corona 1, 2, 4 ในการรวบรวมข้อมูลและจากบันทึกทางเวชระเบียน แต่ในช่วงที่มีการระบาดจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันมีจำนวนค่อนข้างมาก อาจทำให้การบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ ต้องโทรศัพท์สอบถามข้อมูลย้อนหลัง ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจำข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเชียงดาวที่ให้ความร่วมมือสนับสนุนช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณกลุ่มงานควบคุมโรค กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ นพ.ธนชล วงศ์หิรัญเดชา และพญ.ทรงภรณ์ โอฬารรัตนชัย คุณความดีและคุณประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาฉบับนี้ขอมอบให้แด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/20640417114830AM_CPG_COVID-19%20_ns_%2017apr%202021.pdf

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ฉบับ 23 มีนาคม 2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_250363.pdf

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัพเดทรายวัน [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

ธนวดี จันทร์เทียน, ภัทร์ธีนันท์ ทองโสม, ธีรศักดิ์ ชักนำและคณะ. (2563). การสอบสวนการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มพนักงานสถานบันเทิงแห่งหนึ่งย่านสุขุมวิท กรุงเทพมหานคร เดือนเมษายน–พฤษภาคม 2563. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 51(38), 581-588.

พงศ์ศักดิ์ จันทร์ทอง, อุไรวรรณ จันทร์ทอง และศศลักษณ์ เมธารินทร์ (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนบ้านบางม่วง ตำบลฝาละมี อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: http://data.ptho.moph.go.th/ptvichakarn63/index_doc.php

วลีรัตน์ หิรัญศิริวรโชติ (2563). ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของเทศบาลตำบลเขาสมิง จังหวัดตราด [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2563_1629862341_6214832018.pdf

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเฉพาะกิจจังหวัดเชียงใหม่. (2564). สถานการณ์การระบาด COVID-19 จังหวัดเชียงใหม่ 25 กรกฎาคม 2564 ระลอกเดือนเมษายน 2564 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.chiangmai.go.th/covid19/stat_july.html

Bi, Q., Wu, Y., Mei, S. *et al*. (2020). Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. The Lancet infectious diseases, 20(8), 911-919.

Cheng, H. Y., Jian, S. W., Liu, D. P., Ng, T. C., Huang, W. T., & Lin, H. H. (2020). Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. JAMA internal medicine, 180(9), 1156-1163.

Jing, Q. L., Liu, M. J., Zhang, Z. B. *et al.* (2020). Household secondary attack rate of COVID-19 and associated determinants in Guangzhou, China: a retrospective cohort study. The Lancet Infectious Diseases, 20(10), 1141-1150.

Lin, G. T., Zhang, Y. H., Xiao, M. F. *et al.* (2021). Epidemiological investigation of a COVID-19 family cluster outbreak transmitted by a 3-month-old infant. Health Information Science and Systems, 9(1), 1-10.

Liu, T., Liang, W., Zhong, H. *et al.* (2020). Risk factors associated with COVID-19 infection: a retrospective cohort study based on contacts tracing. Emerging Microbes & Infections, 9(1), 1546-1553.

การพยาบาลผู้ป่วยซิฟิลิสที่เกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ จากการใช้ยาเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี: กรณีศึกษาในคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

The Jarisch–Herxheimer Reaction after Benzathine Penicillin G Treatment for Syphilis: A Case Report from Sexually Transmitted Disease Clinic, Office of Disease Prevention and Control Region 1, Chiang Mai

พัชณี สมุทรอาลัย พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)	**Patchanee Samutarlai M.N.S. (Community Nurse Practitioner)**
ฐิติพันธ์ อัครเสรีนนท์ พ.บ.	**Thitipan Akarasereenont M.D.**

คลินิกพิเศษกามโรค วัณโรค เวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่
Sexual transmitted infections, Tuberculosis, Travel Medicine Clinic, Office of Disease Prevention and Control, 1 Chiangmai

Received: Nov 9, 2021 **Revised:** Feb 13, 2022 **Accepted:** Feb 23, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาล การรักษาและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี และเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ ในผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิส ระยะที่ 2 โดยผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 24 ปี มีประวัติรักร่วมเพศ มาพบแพทย์ด้วยอาการผื่นบริเวณลำตัว และแขนทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับพบผลตรวจเลือดเป็นบวกจากการตรวจเลือดหาการติดเชื้อซิฟิลิส แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิส ระยะที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี 2.4 ล้านยูนิต ตามมาตรฐานการรักษาโรคซิฟิลิส หลังฉีดยา 6 ชั่วโมง มีอาการไข้ ผื่นแดงทั่วตัว ไม่คัน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ (Jarisch-Herxheimer Reaction) ได้รับการพยาบาลโดยเน้นการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโดยการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด 30 นาทีหลังจากฉีดยา ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังได้รับยา และให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล รวมถึงให้ข้อมูลเรื่องอาการแพ้ยาเพนนิซิลลินและการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ก่อนได้รับการรักษา อันนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: ปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์, ซิฟิลิส, เบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี, การพยาบาล

ABSTRACT

This study aimed to present a case study on nursing care of secondary syphilis treated with Benzathine Penicillin G and developed Jarisch-Herxheimer Reaction. A 24-year-old homosexual came to visit the doctor with mucocutaneous lesion at trunk and both arms, together with a positive treponemal test result for syphilis infection. He was diagnosed with secondary stage syphilis and treated with 2.4 million units of Benzathine Penicillin G sodium injection per standard treatment. After 6 hours of injection, the patient developed acute fever and exacerbation of non-itchy cutaneous rash. Based on these symptoms, he was diagnosed with Jarisch-Herxheimer Reaction. The standard care included observing carefully 30 minutes after the injection, monitoring safety after receiving the medication, providing health education to reduce anxiety, and offering information on penicillin allergy and the Jarisch-Herxheimer Reaction before receiving the next treatment. These assistances would facilitate the patient to have correct behaviors and to reduce the patient's anxiety.

Key words: Jarisch-Herxheimer Reaction, Syphilis, Benzathine penicillin G, Nursing care

บทนำ

โรคซิฟิลิส เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา ทำให้เกิดอันตราย หรือความพิการได้ (Morse *et al.*, 2010) โดยข้อมูลจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) พบว่า ช่วงปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่ทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาถึง 129,813 ราย พบมากในกลุ่มเกย์ กลุ่มรักร่วมเพศ และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (CDC, 2019) จากข้อมูลของกองระบาดวิทยา พบว่า ข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยซิฟิลิส 9,148 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 13.69 ต่อแสนประชากร (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับคลินิกพิเศษกามโรคฯ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ พบจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสรายใหม่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2561-2563 จำนวน 169, 236 และ 175 ราย ตามลำดับ (งานคลินิกพิเศษกามโรค วัณโรค เวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่, 2563)

การรักษาโรคซิฟิลิสตามแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 และ CDC guideline และ WHO guideline กำหนดให้การใช้ยาเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี (Benzathine penicillin G) 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกทั้งสองข้าง แบ่งฉีดข้างละ 1.2 ล้านยูนิต เป็นตัวเลือกอันดับแรกของการรักษา ซึ่งการใช้ยานี้มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาแพ้ยารุนแรง (Anaphylaxis) ได้มาก หากผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยาในกลุ่มเพนนิซิลลิน โดยเฉพาะยาในกลุ่มเซฟาโลสปอรีน (Cephalosporins) และ/หรือมีประวัติ

การแพ้สารอื่นๆ ดังนั้นจึงมีความสำคัญมากในการซักประวัติแพ้ยาหรือการแพ้สารอื่นๆ ก่อนการใช้ยาเบนซาทีนเพนนิซิลลิน จี (นิสิต คงเกริกเกียรติ และนพดล ไพบูลย์สิน, 2558; Workowski & Bolan, 2015; World Health Organization, 2016)

ปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ ถูกอธิบายไว้ครั้งแรกโดย Jarisch เมื่อปี ค.ศ. 1895 และได้รับการอธิบายเพิ่มเติมในอีกหลายปีต่อมาโดย Herxheimer และ Krause ว่าเป็นปฏิกิริยาที่มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยมีปริมาณเชื้อแบคทีเรียในระดับที่สูง และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ เชื้อซิฟิลิสที่ตายจะมีการปล่อยไลโปโปรตีนซึ่งเป็นองค์ประกอบของผนังเซลล์ของเชื้อลงสู่กระแสเลือด กระตุ้นให้มีการหลั่งสารไซโตไคน์จำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว และมีความดันโลหิตต่ำได้ (Yang *et al.*, 2010)

คลินิกพิเศษกามโรค วัณโรค เวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ เป็นคลินิกที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาล การรักษาและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี และเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี ต่อไปในอนาคต

รายงานผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วยนี้ดำเนินการในคลินิกพิเศษกามโรค วัณโรค เวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2564 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษากรณีศึกษาดังนี้

1. เป็นเพศชายหรือหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการวินิจฉัยจากคลินิกพิเศษกามโรคฯ ว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสในระยะแรก หรือระยะที่ 2

3. ยินยอมให้ข้อมูลการตรวจรักษาและลงลายมือชื่อให้นำข้อมูลเพื่อใช้สำหรับกรณีศึกษานี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์แล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้ผู้ป่วยทราบ โดยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ หลังจากได้รับความยินยอมแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียนของผู้ป่วย จากนั้นจึงวางแผนการพยาบาลโดยยึดกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติ และการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติความเสี่ยงในการเกิดโรค และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง

2. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพตลอดจนการศึกษาตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ ในผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาด้วยยาเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี เพื่อวางแผนการพยาบาล พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส

3. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยซิฟิลิสตามแผนการพยาบาล

4. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผน พร้อมทั้งสรุปผลการรักษาและผลปฏิบัติการพยาบาล

อาการนำ

ผู้ป่วยเพศชาย สัญชาติไทย อายุ 24 ปี สถานภาพโสด สถานะเพศวิถี เกย์ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นนักศึกษาปริญญาโท อยู่ภูมิลำเนาอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มาด้วยอาการมีผื่นบริเวณลำตัว และแขนทั้ง 2 ข้างเป็นเวลา 1 เดือน ก่อนมาคลินิกพิเศษกามโรคฯ โดยมีประวัติดังนี้

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

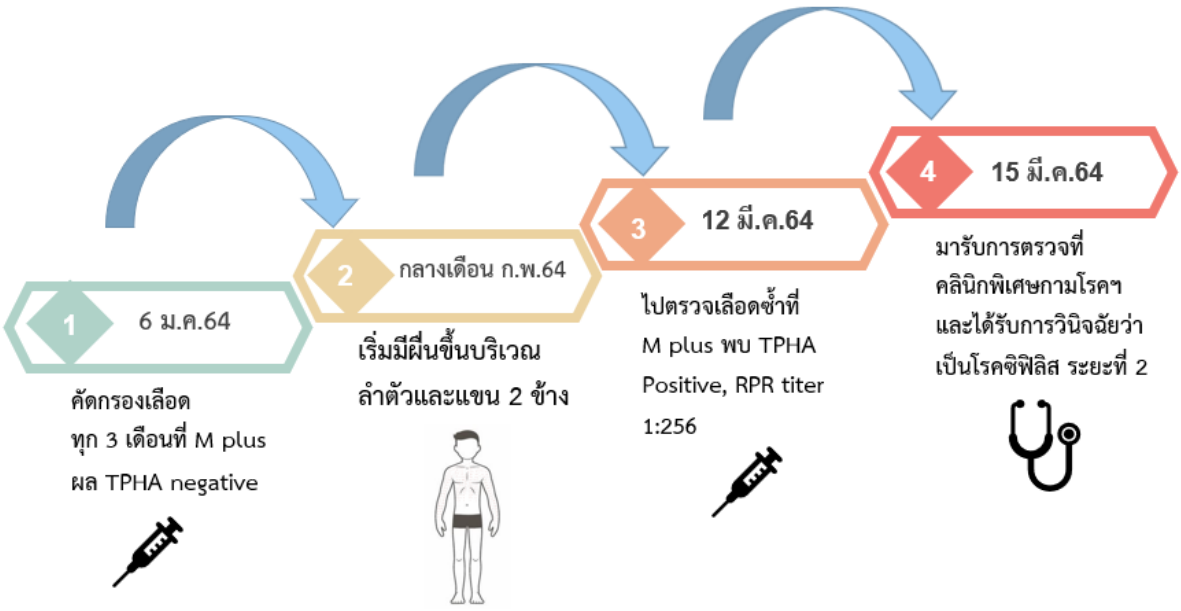
ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ดังภาพที่ 1 เริ่มจากวันที่ 6 มกราคม 2564 ผู้ป่วยเป็นอาสาสมัครมูลนิธิเอ็มพลัส จึงได้ไปตรวจเลือดเพื่อคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสเป็นประจำทุก 3 เดือน ผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสเป็น Non-reactive (ไม่พบการติดเชื้อซิฟิลิสและเอชไอวี)

1 เดือนก่อนมาคลินิกพิเศษกามโรคฯ (ประมาณกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2564) มีผื่นขึ้นบริเวณลำตัวและแขนทั้ง 2 ข้าง ไม่พบที่บริเวณฝ่ามือหรือฝ่าเท้า ไม่มีอาการคัน ไม่มีแผลที่อวัยวะเพศ ไม่มีอาการไข้ ไม่มีอาการผมร่วง หรือปวดตามข้อต่อร่างกาย

วันที่ 12 มีนาคม 2564 ผู้ป่วยได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่มูลนิธิเอ็มพลัส และไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี (Non-reactive) และตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิส โดยใช้ชุดตรวจที่มีหลักการแตกต่างกัน 2 วิธี เพื่อยืนยันการติดเชื้อ คือ การตรวจหาแอนติบอดี (IgG IgM และ IgA) ด้วยวิธีอิมมูโนโครมาโตกราฟี (Immunochromatographic assay) และวิธี Rapid Plasma Regain (RPR) ให้ผลที่สอดคล้องกันคือพบการติดเชื้อ (Reactive) โดยวิธี RPR ให้ค่า titer 1: 256 เจ้าหน้าที่มูลนิธิเอ็มพลัสทำหนังสือส่งตัวมารับการรักษาที่คลินิกพิเศษกามโรคฯ

วันที่ 13 มีนาคม 2564 ผู้ป่วยถ่ายภาพลักษณะผื่นที่ขึ้นตามลำตัว และแขน 2 ข้างไว้ ดังภาพที่ 2

วันที่ 15 มีนาคม 2564 ผู้ป่วยนำหนังสือส่งตัวมารับการรักษาและตรวจร่างกายที่คลินิกพิเศษกามโรคฯ โดยผลการตรวจร่างกาย ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 1 เส้นเวลา (วัน, เดือน, ปี) แสดงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส จนวินิจฉัยโรคซิฟิลิส ระยะที่ 2

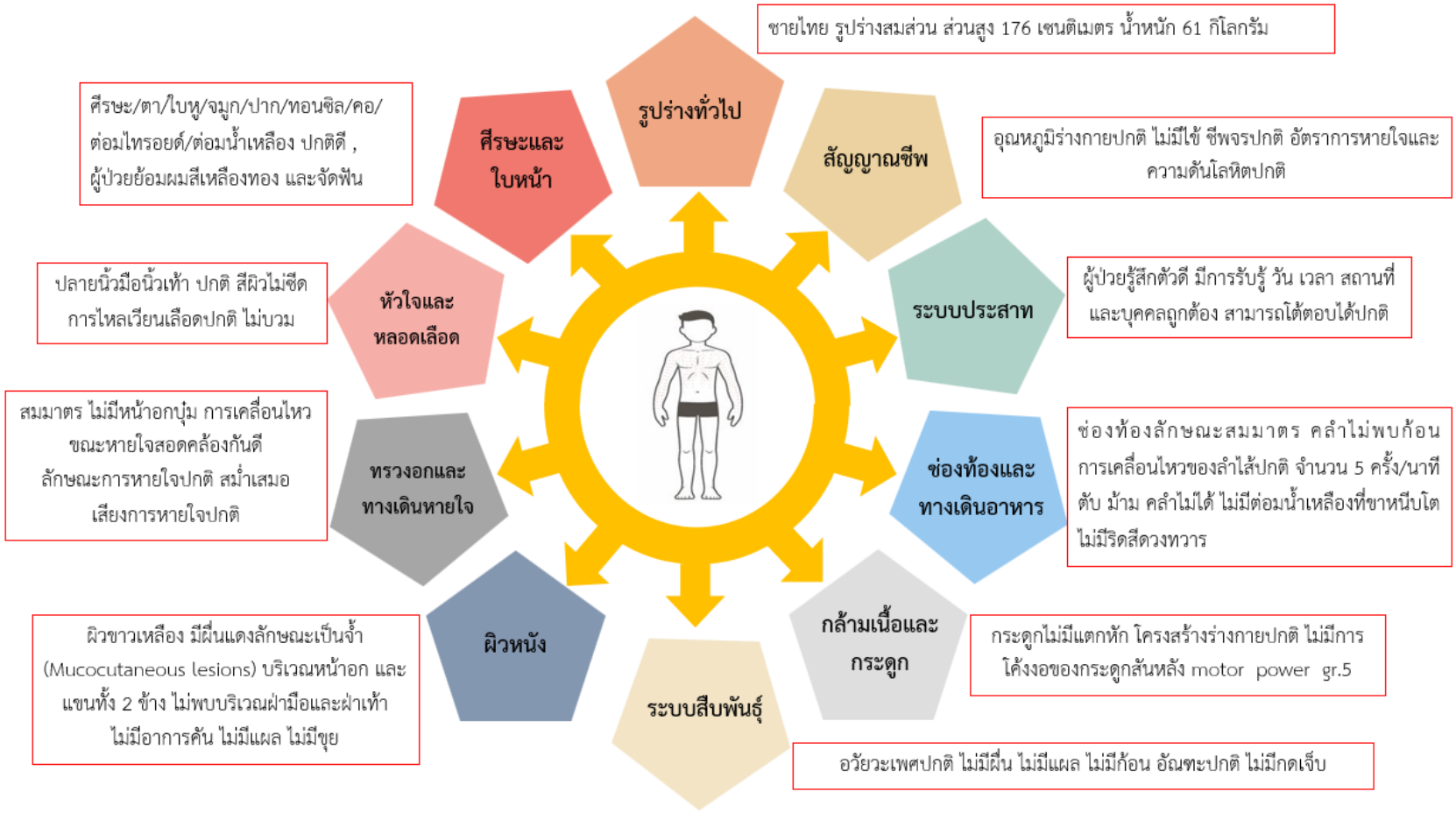
ภาพที่ 2 ลักษณะผื่นตามลำตัวและแขน ที่ถ่ายเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2564 (ก่อนการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี)

ประวัติการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา สารเคมีและอาหาร เคยดื่มสุราตามเทศกาล แต่ได้หยุดมาเป็นเวลา 1 ปี ไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธประวัติรับประทานยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ปฏิเสธประวัติผ่าตัดและการได้รับเลือด ปฏิเสธประวัติฉีดยาเข้าหลอดเลือด/และการสักลาย มีประวัติความเสี่ยงการเกิดโรคซิฟิลิสจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน (เพศชาย) หลายครั้ง ซึ่งในช่วง 3 เดือนก่อนมาพบแพทย์ ผู้ป่วยมีคู่นอนชั่วคราวเฉลี่ย 1-2 คนต่อสัปดาห์ ทั้งที่รู้จักและไม่รู้จัก โดยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ผู้ป่วยเป็นฝ่ายรับทุกครั้ง (ช่องทางการมีเพศสัมพันธ์คือทางทวารเท่านั้น) และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ แต่มีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral sex) โดยผู้ป่วยเป็นฝ่าย Oral sex ให้คู่นอนโดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย

การประเมินสภาพด้านสังคม ของผู้ป่วยแรกรับจำแนกด้านสภาพจิตใจ อัตมโนทัศน์ ความทรงจำ การรับรู้ กระบวนการคิด การดูแลตนเอง และแบบแผนการเผชิญปัญหา สามารถสรุปผลการประเมินได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินสภาพด้านสังคมของผู้ป่วยแรกรับ (วันที่ 15 มีนาคม 2564)

การประเมิน	ผลการประเมินผู้ป่วย
1. สภาพจิตใจ	เป็นคนอารมณ์ดี ใจเย็น
2. อัตมโนทัศน์	มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่และเพศสภาพของตนเอง รับรู้คุณค่าในตนเอง
3. ความทรงจำ	มีความจำปกติดี สามารถบอกประวัติความเจ็บป่วยได้ถูกต้องตามลำดับเวลา
4. การรับรู้	มีการรับรู้ กาลเวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง ไม่เคยมีอาการหูแว่ว หรือประสาทหลอน
5. กระบวนการคิด	มีกระบวนการคิดอย่างสมเหตุสมผล
6. การดูแลตนเอง	มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถยอมรับความเจ็บป่วยและดูแลตนเองได้ดี
7. แบบแผนการเผชิญปัญหา	มีความสามารถในการใช้เหตุผล ความคิดเชิงตรรกะ และยอมรับความเจ็บป่วยตามความเป็นจริงได้ มีการแสวงหาทางแก้ปัญหา และมีการตรวจติดตามผลการรักษาตามนัดหมาย



ภาพที่ 3 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2564

การรักษาที่ได้รับ (Therapeutic interventions)

แพทย์ได้สั่งตรวจเลือดซ้ำด้วยวิธี *Treponema Pallidum* Haemagglutination Assay (TPHA) เพื่อยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิส ผลตรวจพบว่า TPHA positive (พบการติดเชื้อซิฟิลิส) และได้ส่งตรวจด้วยวิธี RPR ให้ค่า titer 1:256

แพทย์วินิจฉัยโรคผู้ป่วยว่าเป็นโรคซิฟิลิส ระยะที่ 2 สั่งการรักษาโดยให้ยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก 1 ครั้ง

ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยอยู่สังเกตอาการแพ้ยาเพนนิซิลลินรุนแรงที่คลินิกพิเศษกามโรคฯ เป็นเวลา 30 นาที หลังจากฉีดยาเสร็จ และได้ให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ ประกอบด้วยอาการ ไข้ หนาวสั่น มีผื่นตามลำตัวชัดเจนขึ้น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรักษาด้วยยาเพนนิซิลลิน และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการฉีดยาแก่ผู้ป่วย รวมถึงแนะนำให้ติดตามคู่สัมผัสมารักษา

สรุปปัญหาของผู้ป่วย (วันที่ 15 มีนาคม 2564)

ปัญหาข้อที่ 1 มีการติดเชื้อซิฟิลิส ระยะที่ 2

ข้อมูลสนับสนุน: ประวัติผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสครั้งแรกและไม่เคยรักษาโรคซิฟิลิสมาก่อน โดยแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อซิฟิลิสระยะที่ 2 จากผลการตรวจ Nontreponemal test ด้วยวิธี TPHA (Determine Syphilis TP) ในเลือดพบว่า TPHA positive (พบการติดเชื้อซิฟิลิส) และส่งตรวจยืนยันด้วย Treponemal test ด้วยวิธี ให้ค่า titer 1:256 และจากการตรวจร่างกายพบมีผื่นแดง (Body rash) ลักษณะเป็นจ้ำ (Mucocutaneous lesions) บริเวณหน้าอก และแขนทั้ง 2 ข้าง โดยมีกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลจากปัญหาข้อที่ 1

กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
1. ประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมในการรับการรักษาของผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยาฉีด อธิบายวัตถุประสงค์ของการฉีดยา และจัดท่าทางให้เหมาะสมต่อการฉีดยาตามมาตรฐานการรักษาของคลินิกพิเศษกามโรคฯ	1. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการฉีดยา สามารถจัดท่าได้ถูกต้อง มีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการรักษา ไม่แสดงอาการเจ็บปวด เกร็งกล้ามเนื้อ หรือแสดงความวิตกกังวลเมื่อได้รับการฉีดยา
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว (แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต และลดอาการปวดด้วยการฉีดผสมกับ 1% Lidocain without Epinephrine จำนวน 1 ml.)	2. ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาครบและถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลจากปัญหาข้อที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามภายหลังการรักษา เพื่อตรวจหาลักษณะทางคลินิก รอยโรคที่แสดงถึงการติดเชื้อซ้ำ โดยการนัดตรวจ RPR titer หลังได้รับการฉีดยาครบ รอบ 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี และ 2 ปี	3. ผู้ป่วยได้รับบัตรนัดครั้งต่อไป เพื่อการมาตรวจติดตามหลังการรักษา
4. ติดตามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ	4. ผู้ป่วยแจ้งแก่พยาบาลว่าจะติดตามคู่เพศสัมพันธ์ที่ยังติดต่อกันอยู่ เพื่อแจ้งเรื่องการรักษาและจะแนะนำให้คู่เพศสัมพันธ์มารับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป

ปัญหาข้อที่ 2 ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี ได้แก่ การแพ้ยาเพนนิซิลลินรุนแรง และเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยไม่มีประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร และไม่ทราบอาการของการแพ้ยาเพนนิซิลลินรุนแรง รวมถึงการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิส ระยะที่ 2 และแพทย์สั่งการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต โดยมีกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลจากปัญหาข้อที่ 2

กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี ที่สำคัญ ได้แก่ การเกิดปฏิกิริยาแพ้ยาเพนนิซิลลิน และการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ โดยใช้แผ่นพับให้ความรู้เรื่องปฏิกิริยาแพ้ยาเพนนิซิลลิน และการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์	1. ผู้ป่วยได้รับแผ่นพับความรู้เรื่องปฏิกิริยาแพ้ยาเพนนิซิลลิน และมีโอกาสซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม จึงตัดสินใจด้วยตนเองในการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษาโรคซิฟิลิส ด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี ในแบบฟอร์มยินยอมรับการรักษาของทางคลินิกพิเศษกามโรคฯ
2. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ป่วยอธิบายย้อนกลับ	2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายย้อนกลับให้พยาบาลทราบได้ถูกต้อง

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลจากปัญหาข้อที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
3. ประเมินการเกิดภาวะแพ้ยาเพนนิซิลลินรุนแรง และการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทันทีหลังการฉีดยา 30 นาที	3. ระหว่างการสังเกตอาการหลังการฉีดยาเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยาเพนนิซิลลินรุนแรง หรือมีความผิดปกติใด แพทย์จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้หลังสังเกตอาการครบเวลา 30 นาที
4. นัดติดตามอาการของผู้ป่วยอีกครั้งหลังฉีดยาแล้ว 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการ	4. ผู้ป่วยได้รับบัตรนัด ให้กลับมาติดตามอาการอีกครั้ง ในวันที่ 22 มีนาคม 2564

ปัญหาข้อที่ 3 มีภาวะวิตกกังวลจากการติดเชื้อซิฟิลิส

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจึงหาข้อมูลเรื่องโรคซิฟิลิสจากทางอินเทอร์เน็ต และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่มูลนิธิเอ็มพลัส หลังจากนั้นสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องโรคซิฟิลิสจากพยาบาลและแพทย์ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลปัญหาข้อที่ 3

กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง โดยประเมินจากการที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อซิฟิลิสจากการไปตรวจที่มูลนิธิเอ็มพลัส จึงทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษา โดยมารับการรักษาที่คลินิกพิเศษกามโรคฯ ตามที่เจ้าหน้าที่นัด และการติดเชื้อซิฟิลิสไม่ได้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากนัก โดยผู้ป่วยยังคงไปเรียน รับประทานอาหาร และพักผ่อนนอนหลับได้เป็นปกติ และมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลงเมื่อได้รับความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมจากแพทย์และพยาบาล
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส สาเหตุ ระยะฟักตัว การติดต่อ อาการ และการรักษา ด้วยแผ่นพับเรื่อง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคซิฟิลิส และได้มีโอกาสซักถามประเด็นที่มีข้อสงสัยจนพึงพอใจก่อนการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษา
3. เปิดโอกาสให้ซักถามและพูดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล	3. ผู้ป่วยได้ซักถามจนคลายความวิตกกังวล และไม่มีข้อซักถามเพิ่มเติม

ปัญหาข้อที่ 4 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยให้ข้อมูลใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ และตรวจเลือดเป็นประจำทุก 3 เดือนจากทางมูลนิธิเอ็มพลัส แต่ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral sex) โดยผู้ป่วยเป็นฝ่าย Oral sex ให้คู่นอนโดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย

โดยมีกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลปัญหาข้อที่ 4

กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยเข้าใจ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อ การถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่เพศสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อของโรค และการกลับเป็นซ้ำ โดยสามารถอธิบายย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง
2. ให้คำปรึกษาโดยเน้นประเด็นสำคัญ 4 ข้อ ได้แก่ 2.1 การดูแลตนเองและการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2.2 การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย และทราบถึงประโยชน์ของการตรวจเลือดเพิ่มเติม กรณีที่อาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อของแต่ละโรค 2.3 การสื่อสารกับคู่เพศสัมพันธ์ ให้รับการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2.4 ความสำคัญของการติดตามผลการตรวจรักษา	2. ผู้ป่วยทราบวิธีการดูแลตนเอง การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย การสื่อสารกับคู่เพศสัมพันธ์ และมาติดตามผลการรักษาโรคซิฟิลิสอย่างต่อเนื่องตรงตามการนัดหมายของคลินิกพิเศษกามโรคฯ
3. ให้คำแนะนำ ความรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจ พูดคุยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหา และประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศเพื่อให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป	3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไม่เกิดการติดเชื้ออีกในอนาคต

ผลการดูแลรักษา

วันที่ 22 มีนาคม 2564 ผู้ป่วยกลับมาที่คลินิกพิเศษกามโรคฯ อีกครั้งตามนัดหมาย เพื่อฟังผลตรวจ RPR titer เมื่อมาติดตามการรักษาผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลแก่แพทย์เกี่ยวกับการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ที่เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 15-16 มีนาคม 2564 โดยอาการเกิดขึ้นประมาณ 5-6 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยกลับถึงห้องพัก ผู้ป่วยเริ่มมีผื่นแดงขึ้นบริเวณลำตัว และแขนทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการคัน รู้สึกว่ามีไข้ (ผู้ป่วยไม่ได้วัดไข้) มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ไม่มีอาการบวม

ตามเยื่อบุต่างๆ ของร่างกาย จึงไปซื้อยาที่มีส่วนผสมของพาราเซตามอล และออเฟนเดรีน มาทาน 1 เม็ด หลังมีอาการ และอีก 1 เม็ดตอนเช้าวันที่ 16 มีนาคม 2564 อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น หายดีทั้งหมดในวันที่ 16 มีนาคม 2564 ช่วงตอนเย็น ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำที่พยาบาลแจ้งไว้ และไม่ได้ไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล แพทย์ได้แจ้งผลตรวจ RPR titer ที่เจาะเลือดเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2564 ได้ 1:256 แพทย์ตรวจร่างกายตามระบบ ไม่พบความผิดปกติใด (Within Normal Limits: WNL) ผู้ป่วยได้นำรูปภาพที่ถ่ายไว้จากการสังเกตอาการตามที่พยาบาลแนะนำให้แพทย์ดู ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 ลักษณะผื่นตามลำตัวและแขน วันที่ 15 มีนาคม 2564 (หลังได้รับยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี ประมาณ 5-6 ชั่วโมง)

การติดตามดูแล (follow-up)

คลินิกพิเศษกามโรคฯ ได้นัดหมายผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามผลการรักษาด้วยการตรวจ RPR titer อีกครั้ง 3 เดือน หลังการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี ในวันที่ 16 มิถุนายน 2564 ซึ่งผู้ป่วยได้เดินทางมาตรวจเลือดตามวันนัดหมาย โดยในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ไม่มีอาการผิดปกติใด และได้ให้ประวัติว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อซิฟิลิสใหม่ เนื่องจากไม่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างเคร่งครัด ในการมาตรวจตามนัดหมายครั้งนี้ แพทย์ได้มีคำสั่งให้เจาะเลือดเพื่อติดตามค่า RPR titer อีกครั้ง ผลตรวจเป็น 1:16 ซึ่งลดลงจากก่อนการรักษาเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2564 (ค่า RPR titer เท่ากับ 1:256) เมื่อแพทย์ตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติอื่นใด จึงนัดตรวจติดตามผลการรักษาอีกครั้ง หลังการรักษาครบ 6 เดือน คือ วันที่ 15 กันยายน 2564 ซึ่งผู้ป่วยได้มาตรวจเลือดตรงตามนัดหมาย อาการทั่วไปปกติดี ไม่มีอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใหม่และมีผลตรวจติดตามค่า RPR titer เป็น 1:4

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาดังกล่าว แพทย์ประเมินอาการของผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี รายนี้ เข้าได้กับการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยาเพนนิซิลลินมาก่อน และช่วงสังเกตอาการ 30 นาที หลังฉีดยาผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ซึ่งหากแพ้ยาเพนนิซิลลิน ผู้ป่วยจะมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ (CDC, 2021) โดยประวัติความเจ็บป่วยและอาการที่พบในผู้ป่วยรายนี้ สอดคล้องกับการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ (Workowski & Bolan, 2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีอาการผื่นตามลำตัวชัดเจนขึ้น ไข้เฉียบพลันร่วมกับอาการปวดเมื่อยตามร่างกายภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรักษาโรคซิฟิลิส และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ได้แก่ การมีค่า RPR ตั้งแต่ 1:32 ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิส ในระยะต้น และผู้ป่วยไม่เคยรับการรักษาด้วยยาเพนนิซิลลินมาก่อน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ขึ้น ผู้ดูแลจึงไม่ควรสับสนกับอาการแพ้ยากลุ่มเพนนิซิลลินที่มีความคล้ายคลึงกัน และไม่จำเป็นต้องหยุดให้การรักษาด้วยยาเพนนิซิลลินต่อในอนาคต โดยการรักษาปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์สามารถรักษาตามอาการและการรับประทานยาลดไข้สามารถช่วยลดอาการภาวะไข้เฉียบพลันนี้ได้ แต่ไม่สามารถช่วยป้องกันการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ได้ (Workowski & Bolan, 2015; Yang *et al.*, 2010)

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษาได้เน้นไปที่การรักษาภาวะการติดเชื้อซิฟิลิส และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาฉีดเบนซาทีน เพนนิซิลลิน จี ให้ครบ ถูกต้องตามมาตรฐาน ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังได้รับยา และการให้สุขศึกษา โดยให้แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังฉีดยาเพนนิซิลลิน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจำแนกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังฉีดยาเพนนิซิลลิน ว่าเป็นอาการแพ้ยาเพนนิซิลลินหรือเป็นปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหากเกิดอาการทั้ง 2 กรณี ได้แก่ การไปพบแพทย์ทันทีเมื่อเกิดอาการแพ้ยาเพนนิซิลลิน และการปฏิบัติตัวกรณีเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ ได้แก่ การรับประทานยาและรักษาตามอาการ เช่น หากมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ให้เช็ดตัวลดไข้ รับประทานยาแก้ปวด/ลดไข้ เช่น ยาพาราเซตามอล หรือยาแอสไพริน ดื่มน้ำสะอาดมากๆ หากมีอาการอ่อนเพลียสามารถดื่มเครื่องดื่มเกลือแร่ทดแทนได้ งดกิจกรรมการออกกำลังกาย หมั่นสังเกตอาการตนเอง หากไม่ดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแนะนำให้ไปพบแพทย์ ซึ่งการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเหล่านี้แก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และลดความวิตกกังวลได้ (Workowski & Bolan, 2015; วรรณดา ไล้สวน, ม.ป.ป.) รวมถึงบุคลากรที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซิฟิลิสสามารถนำข้อมูลจากกรณีศึกษานี้เพื่อติดตามเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิกซัยเมอร์ในผู้ป่วย และให้การดูแลที่เหมาะสมในอนาคต

ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการให้สุขศึกษาเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามคำแนะนำการป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิส โดยแนะนำการมีคู่นอนเพียงคนเดียว ที่ผ่านการตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิสและไม่พบการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามควรมีการเพิ่มความตระหนักถึงความเสี่ยงในการติดเชื้อซิฟิลิสในผู้ที่มีคู่นอนหลายคนให้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส แม้ว่าจะไม่มีอาการของโรคก็ตาม (Workowski & Bolan, 2015)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานกรณีศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาจากนายแพทย์ชูสกุล พิริยะ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกพิเศษกามโรค วัณโรค เวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาช่วยเหลือด้านข้อมูลและอำนวยความสะดวก และขอขอบคุณผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการให้ข้อมูลและรูปภาพประกอบอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2562 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=11298

งานคลินิกพิเศษกามโรค วัณโรค เวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่. (2563). รายงานการปฏิบัติงานป้องกันควบคุม/ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบ ก1 ปีงบประมาณ 2561-2563.

นิสิต คงเกริกเกียรติ และนพดล ไพบูลย์สิน. (2558). ซิฟิลิส Syphilis. ใน: นิสิต คงเกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยาวมาลย์ และเอกชัย แดงสะอาด, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ (ประเทศไทย). 14-21.

วรรณดา ไล้สวน. (ม.ป.ป.). “อาการแพ้ยา”ควรสังเกตอย่างไร [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2565]; แหล่งข้อมูล: URL: https://www.rama.mahidol.ac.th/th/infographics/196

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2019 [Online]. [cited 27 November 2021]; Available from: URL: https://www.cdc.gov/std/statistics/2019/overview.htm#Syphilis

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Is it Really a Pennicillin Allergy? [Online]. [cited 22 March 2021]; Available from: URL: https://www.cdc.gov/antibiotic-use/community/pdfs/penicillin-factsheet.pdf

Morse, S. A., Holmes, K. K., Ballard, R. C., & Moreland, A. A. (2010). Atlas of Sexually Transmitted Diseases and AIDS. 4th ed. Amsterdam: Elsevier.

Workowski, K. A., & Bolan, G. A. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 64(3), 34-51. [cited 22 March 2021]; Available from: URL: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm

World Health Organization. (2016). WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) [Online]. [cited 22 March 2021]; Available from: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1

Yang, C. J., Lee, N. Y., Lin, Y. H., *et al.* (2010). Jarisch-Herxheimer reaction after penicillin therapy among patients with syphilis in the era of the HIV infection epidemic: incidence and risk factors. Clinical infectious diseases, 51(8), 976-979. [cited 22 March 2021]; Available from: URL: https://academic.oup.com/cid/article/51/8/976/333175?login=true