

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

ISSN : 2673-088X (Print) e-ISSN : 2697-3871 (Online)

จุดประสงค์	วารสารวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม สาธารณสุข และสุขภาพ ที่นำเสนอประเด็นทางวิชาการ และงานวิจัย ที่มีคุณภาพ มีความถูกต้อง เชิงเนื้อหาและเชิงจริยธรรม และมีความเป็นอิสระเชิงวิชาการ	
ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์พิระยุทธ สารกุล	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รองอธิบดี กรมอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
บรรณาธิการ	ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	เภสัชกรหญิง ดร.ปยุตต์ศรี ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา ผศ.ดร.ศรัณญา จุฬารี ดร.สุภาพร วรรณสันทัด ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ รัชนี บุญเรืองศรี ประดับ ศรีหมื่นไวย	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ฝ่ายจัดการ	กรรณิกา สุขสิงห์, นิตยา สาสน, ศิริรัตน์ รัตนสมบุรณ์, สุจิตา เกตุพุดชา, อรรควรวรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง และ อริสรา หวังมวนกลาง	
เจ้าของ	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ที่อยู่	177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280 โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1506 Website: http://hpc9.anamai.moph.go.th/	
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)	
จำนวนพิมพ์	100 เล่ม และออนไลน์ที่ https://www.tcithaijo.org/index.php/RHPC9Journal	
สำนักพิมพ์	โรงพิมพ์เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 www.LERTSIL.com	

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

ISSN : 2673-088X (Print) e-ISSN : 2697-3871 (Online)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers) บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปี 2562-2564

ผู้ทรงคุณวุฒิภายในหน่วยงาน

ทพญ.กัณทิมา เหมพรหมราช
ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล

รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์
อ.รัชนี้ บุญเรืองศรี
ทพญ.วรมณ อัครสุต
ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย
ทพ.วิภัทรพงษ์ บำรุงศิริ
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
ดร.สมร นุ่มผ่อง
รศ.ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง
รศ.ภก.ดร.พุดพิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์
รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ
รศ.ดร.ทองทิพย์ สลະวงษ์ลักษณ์
ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ
ผศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง
ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร
อ.ดร.พัชรี ศรีฤๅตา
อ.ปิ่นรดา ฐานะปัตโต
อ.ฐิตินา โพธิ์ชัย
อ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา

ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

ISSN : 2673-088X (Print) e-ISSN : 2697-3871 (Online)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers) บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปี 2562-2564

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรีัญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ธนภณ ลีศรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ณัฐฐิตา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.กชกร เพี้ยชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ภรณ์ อนุสนธิ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.รวีวรรณ พงศ์พัฒน์พัชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ต. หญิง ดร. ปิยะธิดา วะนะทินภัทร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.เบญจพร สุขประเสริฐ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ณัฐจิรา วินิจนัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.บัณฑิตา นฤมานเดชะ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
อ.ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ดร.กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
อ.ดร.ปิยธิดา จุลละปีย์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

Regional Health Promotion Center 9 Journal

ISSN : 2673-088X (Print) e-ISSN : 2697-3871 (Online)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers) บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปี 2562-2564

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.ปรารถนีย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อ.วาสนา หลวงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อ.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒิวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
อ.ดร.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ผศ.ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.วันวิสาข์ โชรัมย์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อ.พจ.ศิริประภา วีรพัฒนานนท์	สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
อ.พจ.พีรพันธ์ พัฒนมงคล	สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
อ.พจ.วีรชัย สุทธิธารวัช	คณะกรรมการแพทย์จีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
อ.พจ.บุญยภัสร ศิริธีราธิกุล	หลักสูตรการแพทย์แผนจีนบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
ต้องผ่านการตรวจประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewer) อย่างน้อย 3 ท่าน
ในรูปแบบ Double-Blinded Review

บทบรรณาธิการ Editorial

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ฉบับนี้เป็นฉบับก้าวเข้าสู่ปีที่ 16 และเป็นปีที่ 3 ที่วารสารได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thailand Citation Index – TCI) วารสารเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การแพทย์ การพยาบาล สหสาขาวิชาชีพ และการสาธารณสุข ที่ผ่านการประเมินและตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วารสารเราใช้ระบบตีพิมพ์ออนไลน์เมื่อบทความได้รับการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความและวารสารตอบรับตีพิมพ์แล้ว บทความจะได้รับการตีพิมพ์ออนไลน์ทันทีโดยไม่ต้องรอเดือนที่ออกวารสาร จึงช่วยให้บทความที่ส่งมาเผยแพร่ที่วารสารได้รับการเผยแพร่สู่แวดวงนักวิชาการได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ประกอบกับกระบวนการประเมินและแก้ไขบทความ ได้รับการควบคุมไม่ให้เกิน 60 วัน จึงมั่นใจได้ว่า บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะได้เข้าสู่กระบวนการที่รวดเร็วและมีคุณภาพ

ทีมจัดทำวารสารพยายามพัฒนาคุณภาพอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้เขียนและผู้อ่าน และหากมีประเด็นใดที่ทางวารสารจะพัฒนาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น สามารถติดต่อบรรณาธิการได้ทาง Email: DoctorSinsakchon@gmail.com

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลวารสาร	ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)	ข
บทบรรณาธิการ	จ
บทความวิจัย	
ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	1
Stress and Stress-coping of Caregivers for Dependent Older Adults, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province กัญนิภา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, พานิช แก่นกาญจน์	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนราชธานีอโศก ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	17
Effectiveness of Health Behavior Promotion Program for Elderly in Ratchathani-Asoke Community, Bung Mai Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province เพชรตะวัน ธนะรุ่ง, เดือนเพ็ญ บุญมาชู, ชลลดา มีทอง	
การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนนทไธย	30
Development of Nursing Model during the COVID-19 Outbreaks : In-Patient Department, Nonthai Hospital อุษา คำประสิทธิ์	
การพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ	45
Development of a Counseling Clinic Model for Medical Cannabis Extract Use at Ban Non Du Tambon Health Promoting Hospital, Mueang District, Amnat Charoen Province ศิรินุช ฉายแสง	

สารบัญ

	หน้า
ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	59
Effects of Antepartum Stressors Reduction Program and Social Supports on Stress and Gestational Age at Birth among Pregnant Women with Preterm Labor in Labor Room, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	
สุรีพร กัฬะสุด, พนิดา เชียงทอง, สุรัชนา พงษ์ประสุวรรณ, นุชมาศ แก้วกุลชล, ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง	
การพัฒนาแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา	75
A Model Development for Measles Vaccine Immunization in Risk groups in Nakhon Ratchasima Province	
พัชรกร คอนจำนงค์, ดวงจันทร์ จันทร์เมือง, มานะชัย สุระรัมย์	
การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์	86
Improving Quality of Life among Dependent Elderly through the Development of Health Literacy among Caregivers with ‘Expert Caregiver’ Curriculum, Mueang District, Buriram Province	
ประเสริฐ สาวีรัมย์	
ปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา	112
Factors and the Relationships between Risk Perceptions and Environmental Health Behaviors of Village Health Volunteers in Eco Industrial Town, Sikhio District, Nakhon Ratchasima Province	
สมรฐ์ นัยรัมย์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา	127
Factors Associated with Knowledge, Attitudes, and Behaviors in the Management of Infectious Wastes among Personnel from Academic Institutes	
โสมศิริ เดชารัตน์, พริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก	

สารบัญ

	หน้า
การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์	140
Development of a Long-Term Care System and Access to Service for Dependent Elderly in Buriram Province	
ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, วิไลพร คลีกร	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น	156
Factors Associated with Health Literacy Among Nursing Students in Faculty of Nursing, College of Asian Scholars, Khon Kaen Province	
อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, จักรพันธ์ โพธิภาพ, วสันต์ชาย สุรมาตย์, มณฑิรา ชนะกาญจน์, กัลยา ปังประเสริฐ, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี	172
Factors Influencing Preparedness among Pre-Elderly Population Living in Muang District, Suratthani Province	
นเรศศักดิ์ แก้วห้วย, สุปรียา แก้วสวัสดิ์, เรวดี เพชรศิราสันธ์, จุฑารัตน์ สติรปัญญา	
การศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดสุรินทร์	186
A Study of Model Development for ‘the First 1,000-Day Miracle of Life’ Policy Program in Surin Province	
ฐาปนิต อมรชินธนา	
ต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	214
Unit Cost Analysis of Oral Health Services, Suranaree University of Technology Hospital	
ธนพัฒน์ ราชวงศ์	

สารบัญ

	หน้า
ประสิทธิผลระหว่างการพอกเข้าด้วยสมุนไพร และการพอกเย็น ต่ออาการปวดเข่าและ การทรงตัวในผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อม ในชุมชนวัดหุช้าง	223
Effects on Knee Pain and Balance Between Herbal Poultice and Cold Poultice in Patients with Knee Osteoarthritis in Wat Hu Chang Community ทัศนพร พันธงอก, ธาตรี โบลิตธิพิเชษฐ, ภาคภูมิ รัชมีหิรัญ, ธนกมล ลีศรี	
การใช้จ่ายหลายขนาน การใช้จ่ายที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการระบบบริการ ปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง	236
Polypharmacy, Fall-Risk Increasing Drugs and Falls among Elderly People in Primary care, Phra Nakhon Si Ayutthaya: Cross-Sectional Study ณัฐนิชา ธัญญาดี, ธาตรี โบลิตธิพิเชษฐ, ธนกมล ลีศรี	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	251
Factors Associated of asymptomatic hyperuricemia among Patients with Non-Communicable Diseases in Primary Care Unit พรสิทธิ์ พันธุ์พานิช, ธาตรี โบลิตธิพิเชษฐ, ธนกมล ลีศรี	
ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ	265
Prevalence of Post COVID-19 Conditions in SARS-CoV-2 Infected Patients at 3-Month Telephone Follow-up เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, ธนกมล ลีศรี	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย	285
Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Thabo, Nong Khai, Thailand ธีรศักดิ์ พาจันทร์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, นรินทร์ ฤาละคร	
ผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	299
Results from the Use of Application to Promote Nursing Students' Knowledge and Clinical Judgment in Providing Care for Elderly Patients with Delirium จรรยาศรี มีหนองหว้า, วิษณุ จันทร์สดี, ไวยพร พรหมวงศ์	

สารบัญ

	หน้า
ผลของการพัฒนาศักยภาพทีมที่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี Results from the Development Process for Local Health Security Fund Mentor Team, National Health Security Office Region 10, Ubon Ratchathani อรุณ บุญสร้าง, อารี บุตรสอน, กิตติ เหลาสภาพ	313
ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล Knowledge of Aging Care and Attitudes towards Aging Care among Nursing Students สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี, ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ	325
บทความวิชาการ	
DASH Diet : อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง DASH Diet for the Control and Reduction of Hypertension ชนาธิป สันติวงศ์	101
บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Nurses' Roles in Preventing COVID-19 for Patients with Chronic Kidney Disease Who Receive Hemodialysis กันติชา ธนุทอง, ธีรานุช ยินดีสุข, ปาริฉัตร บรรเทือง, สุเพียร โภคทิพย์, สุธัญทิพ จารุวัชรวิงค์	203
ภาคผนวก	
คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)	a
หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)	c
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9	e
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	H
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ – บทความทั่วไป	I
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ – บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ	j

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กัญนิกา อยู่สำราญ, ส.ม.^{*}, ศรีสกุล ชนะพันธ์, วท.ม.^{*}, พานิช แก่นกาญจน์, วท.ม.^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเครียด และการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.75) มีอายุเฉลี่ย 56.12 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.13) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.25) ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 56.25) ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 35.62) ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐ (ร้อยละ 60.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.00) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 28.75) รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 61.88) มีหนี้สิน (ร้อยละ 58.75) ลักษณะครอบครัวของผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่กับลูก/หลาน/ญาติ (ร้อยละ 56.88) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 71.88) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =40.09, SD=14.85) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =90.31, SD=21.56) ผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ($\bar{X}$ =0.37 SD=0.05) รองลงมาคือด้านการจัดการกับอารมณ์ ($\bar{X}$ =0.32, SD=0.04) และด้านการจัดการบรรเทาปัญหาน้อยที่สุด ($\bar{X}$ =0.31, SD=0.04) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r=0.442$, $p<0.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และการจัดการบรรเทาปัญหา ($r=0.297$, 0.490 และ 0.442 ; $p<0.01$ ตามลำดับ) เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุและให้การช่วยเหลือในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ความเครียด; การเผชิญความเครียด; ผู้สูงอายุ; ผู้ดูแล

^{*} อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

^๑ ผู้เขียนหลัก กัญนิกา อยู่สำราญ Email: kannika_yoo@vu.ac.th

รับบทความ: 8 ก.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 2 ต.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 2 ต.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 9 ธ.ค. 64

Stress and Stress-coping of Caregivers for Dependent Older Adults, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

Kannika Yoosamran, M.P.H.^{*a}, Srisakul Chanaphant, M.Sc.^{*}, Panich Keankarn, M.Sc.^{*}

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study level of stress, stress-coping, and factors correlated with stress and stress-coping among 160 caregivers for dependent older adults. Data were collected using questionnaires assessing stress and stress-coping in caregivers for older adult dependents. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with Pearson's product moment correlation coefficients using $p=0.01$ for the significance level.

The results showed that most of the caregivers were females (78.75%) with an average age of 56.12 years old, were married (68.13%), graduated from primary schools (46.25%), had cared for older adults for more than 5 years (56.25%), provided care for older adults for longer than 12 hours per day (35.62%), had never received trainings in caring for older adults from any government organizations (60.00%), had no underlying disease (55.00%), worked as a freelance (28.75%), reported not earning enough income (61.88%), were in debt (58.75%), lived with children, grandchildren, or relatives (56.88%), and provided care for partially dependent older adults (home groups) (71.88%). Most of the caregivers had a moderate level of stress ($\bar{X}=40.09$, $SD=14.85$) and had a moderate level of stress-coping ($\bar{X}=90.31$, $SD=21.56$). Most stress-coping methods used by the caregivers were problem confrontation ($\bar{X}=0.37$, $SD=0.05$), followed by emotion management ($\bar{X}=0.32$, $SD=0.04$), and minimal problem alleviation ($\bar{X}=0.31$, $SD=0.04$). Stress was found to be in a positive relationship with overall stress-coping ($r=0.442$, $p<0.01$). It was also found to have positive relationships with problem confrontation, emotion management, and problem alleviation at $p<0.01$ ($r=0.297$, 0.490 , and 0.442 , respectively). Health workers can apply these findings to monitor stress levels among caregivers for dependent older adults and provide assistance in stress-coping appropriately.

Keywords : Stress; Stress-coping; Older adults; Caregivers

^{*} Lecturer, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

^a Corresponding author : Kannika Yoosamran Email : kannika_yoo@vu.ac.th

Received: Sep. 8, 21; Revised: Oct. 2, 21; Accepted: Oct. 2, 21; Published Online: Dec. 9, 21

บทนำ

สถานการณ์โครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากร จะเห็นว่าหลายประเทศกำลังก้าวสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged society) ในปี พ.ศ. 2563 ทวีปยุโรปมีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดในโลกคือร้อยละ 25.7 รองลงมาคือทวีปอเมริกาเหนือ ที่มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 23.1 ส่วนทวีปเอเชียมีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 13.1⁽¹⁾ ในกลุ่มประเทศอาเซียนมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 10 แล้ว ประเทศสิงคโปร์มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด ร้อยละ 21 รองลงมาคือประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุ ร้อยละ 18⁽¹⁾ จากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าในหลายๆ ด้าน มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดประมาณว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2565 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20.5⁽¹⁾ เมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลให้มีการรอมลตลงเนื่องจากผู้สูงอายุขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลง ในขณะที่วัยทำงานต้องรับภาระมากขึ้นทำให้มีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สำหรับภาครัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลและปฐมพยาบาลผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคม ได้แก่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง อาจมีปัญหาทางจิตใจเนื่องจากไม่ได้ทำงาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ไม่แข็งแรง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเอาใจใส่และจะต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นขณะที่ไม่มีรายได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ลำบาก ดังนั้นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิโดยประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่วัดได้ด้วยดัชนีบาร์เทิลหรือดัชนี ADL (Barthel ADL index) ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.53 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.78 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.68⁽²⁾ ในจังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 14.82 ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุทั้งหมด 61,791 คน ได้รับการคัดกรองการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำนวน 41,966 คน ร้อยละ 67.92 พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 41,083 คน กลุ่มติดบ้าน 686 คน และกลุ่มติดเตียง 197 คน หรือร้อยละ 97.90, 1.63 และ 0.47 ตามลำดับ โดยมีรายงานจำนวนผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 393 คน⁽³⁾

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น การทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกายค่อยๆ เสื่อมถอยลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ส่งผลทำให้มีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง มีภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง และการดูแลระยะยาวจากผู้อื่น ในสังคมไทยการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ทั้งในเขตเมืองและชนบท หน้าที่ของการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันอาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง จะรับหน้าที่ในการดูแลและนิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล⁽⁴⁾ แต่การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วย เป็นการดูแลที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นของผู้ดูแล บางครั้งจึงทำให้เกิดปัญหาในการดูแลได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้ การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการจัดการความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory) ที่กล่าวว่า

ความเครียด (Stress) คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าส่งผลต่อสวัสดิภาพ และเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง และมีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่มีอยู่เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ มีการวิจัยความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.26$, $SD=1.12$)⁽⁵⁾ พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และด้านจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้พลังงาน พลังใจ และต้องทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบ อาจเกิดความเครียดสะสม ผลของความเครียดยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำมาวางแผนจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุ และยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ยังเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ดูแลและคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อศึกษาระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สมมติฐานการวิจัย

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำถามการวิจัย

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับใด
2. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับใด
3. ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัจจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 883 คน โดยยึดจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁽³⁾ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะทุพพลภาพ วิกลจริต มีการรับรู้ปกติ สามารถรับรู้และสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และเป็นผู้ที่ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการย้ายถิ่นฐานในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G POWER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐานแนวคิด Power analysis⁽⁶⁾ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง คือ 0.30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 115 ราย เพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อทดแทนในกรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 160 คน หลังจากนั้นได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุของแต่ละตำบล ในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งหมด 24 ตำบล มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 883 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามนี้มีเนื้อหาครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา ทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเครียดของสวนปรง (SPST-20) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต⁽⁷⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นการประเมินระดับความเครียด จะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยว่าคำถามแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 4 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1-24 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 25-42 คะแนน ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 43-62 คะแนน และระดับรุนแรง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 63 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของจาโลวิค^(8,10) มีจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ แบบเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ การจัดการด้านอารมณ์ 9 ข้อ และการจัดการบรรเทาปัญหา 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง

บ่อยครั้ง และเกือบทุกครั้ง มีการแปลผลตามคะแนนจริงคือคะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆ มาก คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนนโดยแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 36-84 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 85-132 คะแนน ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 133-180 คะแนน และมีการประเมินใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์^(9,10) คือการเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียดโดยนำคะแนนที่ได้รายข้อ รวมกันหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้านรวมกัน จะได้เป็นคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งบอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้านซึ่งอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 ซึ่งคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากกว่าแสดงว่ามีการใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ได้มาตรฐานของโรงพยาบาลสวนปรุง และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ กิตติยา ไทยอุ⁽¹⁰⁾ ในส่วนนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาตามที่ต้องการวัด และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา และตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดที่กำหนดจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาข้อคำถาม (Item-Objective Congruence Index-IOC) ของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.99 หลังจากแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอยะยา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของจาโลวิก คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลต่อสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ชุมชนโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย โดยรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long term care) ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้ที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และมีการฝึกหัดสัทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัยให้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงข้อมูลจากการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ และเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น
3. แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละตำบล ในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 ราย ต่อจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อ

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล
5. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ในบางประเด็น ผู้ช่วยวิจัยของตำบลนั้นต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วพบว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด และการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม ใช้สถิติสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา เลขที่ 002/2564 รับรองวันที่ 20 มกราคม 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล มีผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.75) อายุเฉลี่ย 56.12 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.25) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.75) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 28.75) รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 61.88) รายได้มาจากการทำงานของตนเองและผู้อื่น (ร้อยละ 44.38) มีหนี้สิน (ร้อยละ 58.75) ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.00) มีบทบาทเป็นบุตร หลาน หรือญาติ (ร้อยละ 56.88) ไม่มีงานอดิเรกทำ (ร้อยละ 84.38) และไม่ได้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 53.75) ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 56.25) ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 35.62) ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐ (ร้อยละ 60.00) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=160)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	126	78.75
ชาย	34	21.25
อายุ (ปี) (Mean = 56.12 SD = 13.10 Max = 89 Min = 20)		
ต่ำกว่า 60	99	61.88
60 ขึ้นไป	61	38.12
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.25
ประถมศึกษา	74	46.25
มัธยมศึกษาตอนต้นและปลาย	59	36.88
อนุปริญญา ขึ้นไป	25	15.62
ศาสนา		
พุทธ	158	98.75
คริสต์	2	1.25
อาชีพของผู้ดูแล		
ไม่มีงานทำ /ว่างงาน	35	21.88
ทำงานบ้าน	22	13.75
รับจ้าง	46	28.75
เกษตรกร	12	7.50
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	45	28.12
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	99	61.88
เพียงพอ	61	38.12
แหล่งที่มาของรายได้หลักในการดูแลผู้สูงอายุ		
ตนเอง	65	40.62
ผู้อื่น	24	15.00
ตนเองและผู้อื่น	71	44.38
หนี้สินของผู้ดูแล		
ไม่มี	66	41.25
มี	94	58.75

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=160)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
ไม่มี	88	55.00
มี	72	45.00
ลักษณะครอบครัวของผู้ดูแล		
อยู่คนเดียว	9	5.62
อยู่กับคู่สมรส	60	37.50
อยู่กับลูก / หลาน / ญาติ	91	56.88
งานอดิเรกของผู้ดูแล		
ไม่มี	135	84.38
มี	25	15.62
การออกกำลังกายของผู้ดูแล		
ไม่ออกกำลังกาย	86	53.75
ออกกำลังกาย	74	46.25
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่เกิน 5	70	43.75
มากกว่า 5	90	56.25
จำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้สูงอายุ		
1 - 4	34	21.25
5 - 8	41	25.63
9 - 12	28	17.50
มากกว่า 12	57	35.62
การได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจาก หน่วยงานของรัฐ		
ไม่เคย	96	60.00
เคย	64	40.00

ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแล ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อาศัยคนดูแลบ้างแต่ไม่มาก (ร้อยละ 71.88) และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 35.00) มีโรคร่วมได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคระบบต่อมไร้ท่อ ความพิการตาบอด และมะเร็ง (ร้อยละ 20.00, 15.00, 10.63, 10.00, 5.62 และ 3.75) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลผู้สูงอายุที่ดูแล (n=160)

ข้อมูลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของผู้สูงอายุ		
กลุ่มติดบ้าน	115	71.88
กลุ่มติดเตียง	45	28.12
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ		
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	24	15.00
โรคระบบต่อมไร้ท่อ	16	10.00
โรคหลอดเลือดสมอง	32	20.00
โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	17	10.63
ชรา(ไม่มีโรคประจำตัว)	56	35.00
พิการ(ตาบอด)	9	5.62
มะเร็ง	6	3.75

2. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.38 และมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของความเครียดเท่ากับ 40.09 ($\bar{X}$ ภาพรวม=40.09, SDภาพรวม=14.85) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=160)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-24 คะแนน)	18	11.25
ปานกลาง (25-42 คะแนน)	87	54.38
สูง (43-62 คะแนน)	44	27.50
รุนแรง (63 คะแนนขึ้นไป)	11	6.87
รวม	160	100.00

$\bar{X}$ ภาพรวม = 40.09 SDภาพรวม = 14.85

3. ระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.13 และมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมของการเผชิญความเครียดเท่ากับ 90.31 ($\bar{X}$ ภาพรวม=90.31, SDภาพรวม=21.56) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=160)

ระดับการเผชิญความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (36-84 คะแนน)	57	35.62
ปานกลาง (85-132 คะแนน)	101	63.13
มาก (133-180 คะแนน)	2	1.25
รวม	160	100.00

$\bar{X}$ ภาพรวม=90.31 SDภาพรวม=21.56

เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($\bar{X}$ =36.44, SD=10.40; $\bar{X}$ =21.75, SD=5.73 และ $\bar{X}$ =32.12, SD=8.26 ตามลำดับ) และผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ($\bar{X}$ =0.37, SD=0.005) รองลงมาคือใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ($\bar{X}$ =0.32, SD=0.04) และใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหาน้อยที่สุด ($\bar{X}$ =0.31, SD=0.04) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนจริงและคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อแยกเป็นรายด้าน

การเผชิญความเครียด	คะแนนจริง $\bar{X}$ (SD)	คะแนนสัมพัทธ์ $\bar{X}$ (SD)
การเผชิญหน้ากับปัญหา (13-65 คะแนน)	36.44 (10.40)	0.37 (0.05)
การจัดการกับอารมณ์ (9-45 คะแนน)	21.75 (5.73)	0.32 (0.04)
การจัดการบรรเทาปัญหา (14-70 คะแนน)	32.12 (8.26)	0.31 (0.04)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r=0.442$, $p<0.01$) เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อแยกการเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r=0.297$, $p<0.01$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์ ($r=0.490$, $p<0.01$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($r=0.442$, $p<0.01$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดโดยรวม และรายด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการบรรเทาปัญหา

ความเครียด	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การเผชิญความเครียด	0.442	0.000*	ต่ำ
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.297	0.000*	ต่ำมาก
การจัดการกับอารมณ์	0.490	0.000*	ต่ำ
การจัดการบรรเทาปัญหา	0.442	0.000*	ต่ำ

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงกำลังก้าวสู่ “สังคมสูงอายุ” และผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง และการดูแลระยะยาวจากผู้อื่น ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้ งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 160 คน ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=40.09$, $SD=14.85$) มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=90.31$, $SD=21.56$) ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ($\bar{X}=0.37$, $SD=0.05$) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียด ($r=0.442$, $p < 0.01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=40.09$, $SD=14.85$) เนื่องจากจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (ร้อยละ 61.88) อายุเป็นเงื่อนไขภายในบุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียดได้ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม และยังได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ได้แก่ เทศบาล โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 58.12) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่นั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ อาศัยคนเดียวบ้างแต่ไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลินจง โปธิบาล และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=23.93$, $SD=5.75$) ซึ่งการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกิริติญา ไทยอยู่⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวชมีความเครียดระดับสูง ด้วยเป็นวัยที่มีอายุเพิ่มสูงขึ้น

ทุกวัน และการรักษาที่ใช้ร่วมกันหลายตัว จึงมีผลต่อการรับรู้และตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคจิตเวช จึงต้องมีการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นหลัก ทำให้เกิดความเครียดระดับสูง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศุภาภรณ์ โอภาสรัตนกร และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเมเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ซึ่งความรุนแรงของตัวโรค ความกังวลใจกับความไม่แน่นอนของการรักษา การที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าได้ และแหล่งประโยชน์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของบุคคล ส่งผลให้ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=90.31$, $SD=21.56$) ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ($\bar{X}=0.37$, $SD=0.05$) เนื่องมาจากผู้ดูแลกลุ่มนี้มีความเครียดในระดับปานกลาง ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับปานกลางเช่นเดียวกันเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ เมื่อแยกการเผชิญความเครียดเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($\bar{X}=36.44$, $SD=10.40$) ด้านการจัดการกับอารมณ์ ($\bar{X}=21.75$, $SD=5.73$) และด้านการจัดการบรรเทาปัญหา ($\bar{X}=32.12$, $SD=8.26$) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ($\bar{X}=0.37$, $SD=0.05$) รองลงมาคือใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ($\bar{X}=0.32$, $SD=0.04$) และใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการบรรเทาปัญหาน้อยที่สุด ($\bar{X}=0.31$, $SD=0.04$) อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าวิธีการเผชิญหน้าด้านอื่นๆ และเป็นลักษณะการเผชิญปัญหาโดยผู้ดูแลยังมีความพยายามที่จะแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ลดลงหรือหมดไปโดยใช้ความสามารถของตนเองอยู่ ซึ่งการศึกษานี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่มุม ($\bar{X}=3.24$, $SD=1.21$) รองลงมาคือพยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ($\bar{X}=3.12$, $SD=1.24$) สอดคล้องกับการศึกษาของลินจง โปธิบาล และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่คลินิกโรคระบบประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง มีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าวิธีอื่นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของกิริติญา ไทยอู⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้าปัญหา การจัดการอารมณ์ และการจัดการปัญหาทางอ้อมเมื่อประสบปัญหา เมื่อพิจารณาตามคะแนนสัมพัทธ์ในวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์แบบการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงที่สุด ($\bar{X}=0.37$, $SD=0.05$) ซึ่งจากแนวคิดการเผชิญความเครียดสอดคล้องแนวความคิดของจาโลวิก⁽⁸⁾ ซึ่งกล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่า ไม่มีการเผชิญความเครียดด้านใดที่มีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ได้ ดังนั้นการที่บุคคลมีการเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกัน แต่จะใช้ด้านใดด้านหนึ่งมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบริบทของแต่ละบุคคล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลจะเผชิญกับความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ระบายความรู้สึกจึงเป็นวิธีการที่สำคัญ ที่จะช่วยลดความเครียดได้

นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักอาจต้องการความเป็นส่วนตัวที่จะพักหรือต้องการการช่วยเหลือบางครั้งในการดูแล ผู้สูงอายุ ได้แก่การเสนอแนะให้ผู้ดูแลหลักไปพักผ่อน เทียว ทำบุญ หรือการกระทำกิจกรรมอื่นๆ ที่สามารถ ช่วยลดความเครียดจากการดูแลได้ เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ การเล่นโยคะ การฝึกการหายใจ และวิธีการ ผ่อนคลายอื่น⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่อง ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ร่วมกับยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับ ปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนของการเผชิญหน้า กับปัญหามากที่สุด และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ณชนก เอียดสุข และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้ การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากงานวิจัยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียด ($r=0.442, p<0.01$) จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียด ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r=0.442, p<0.01$) และเมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ ทางบวกการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และการจัดการ บรรเทาปัญหา ($r=0.297, 0.490$ และ $0.442, p<0.01$ ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 56.25) และดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 35.62) การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ภาระหนึ่งนั้น ทำให้มีแหล่งสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน⁽¹⁵⁾ ที่เสนอว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด ยิ่งความเครียดมาก การเผชิญความเครียดจะมากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกาญจน์ โอภาส รัตนกร และคณะ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ที่พบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.46, p=0.001$) แต่ไม่สอดคล้องในกรณีที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r=0.22, p=0.123$) การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($r=0.09, p=0.539$)และด้านการ บรรเทาความเครียด ($r=0.07, p=0.644$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลินจง โปธิบาล และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่คลินิกโรคระบบประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับการเผชิญ ความเครียด โดยรวม ($r=-0.251, p<0.05$)

จุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยมีดังนี้ จุดอ่อนคืองานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชน ซึ่ง จำเป็นต้องมีผู้ช่วยวิจัยแยกตามแต่ละตำบล และเป็นผู้ที่รู้จักชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งในการเตรียมผู้ช่วยวิจัยได้มี

กระบวนการชี้แจงขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน แต่ทั้งนี้อาจมีผลต่อการชี้แจงรายละเอียดต่างๆ และการตอบข้อซักถามจากแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนจุดแข็งคือผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ 160 คนโดยแบ่งสัดส่วนตามขนาดของประชากร มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า และเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดโดยรวม จากผลการวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเครียดและการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพควรประเมินภาวะเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังความเครียดและให้การดูแลอย่างเหมาะสม
2. เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ควรจัดทีมเยี่ยมบ้านหรือทีมหมอบรรเทา ติดตามผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทุกเดือน รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการจัดการความเครียดเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการจัดกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ควรมีการทำการประเมินผู้สูงอายุ Long term care ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 30]. เข้าถึงได้จาก:
https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderlycluster/download?id=66747&mid=33846&mkey=m_document&lang=th&did=20886
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานจำนวนผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 1]. เข้าถึงได้จาก:
https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51
4. นิษฐา หลงผาสุก, สุปรียา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(2):97-109.

5. ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. ความเครียดและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารการพยาบาล 2563;35(2):117-31.
6. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: United State of America; 1988.
7. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต(SPST-20). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 เมษายน 20]. เข้าถึงได้จาก: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1/20-21_11_61/C_4.pdf
8. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In Waltz CF, Strickland OL, eds. Measurement of nursing outcome: Volume one: measurement of client outcome. New York: Springer Publish Company. 1988: 236-308.
9. Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J, Becker J. Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. J Behav Med. 1987 Feb;10(1):1-18. doi: 10.1007/BF00845124.
10. กิริติญา ไทยอยู่. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิต. วารสารโรงพยาบาล นครพิงค์ 2557;5(2):2-13.
11. ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ, นรัชพร ศศิวงศากุล. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. วารสารสภาการพยาบาล 2562;34(2):62-75.
12. ศุภกาญจน์ โอภาสรัตน์นกร, มุกดา เดชประพนธ์, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2558;21(2):158-71.
13. ภัฏญานัฐ สุภาพร. การะในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. วารสารเกื้อการุณย์ 2563;27(1):150-61.
14. ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์วัฒนุญ, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2556;19(3):349-64.
15. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. 15th ed. New York: Springer; 2011.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนราชธานีโอศก ตำบลบุงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เพชรตะวัน ธนะรุ่ง*, เดือนเพ็ญ บุญมาชู**, ชลดา มีทอง***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนราชธานีโอศก ตำบลบุงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนราชธานีโอศก จำนวน 35 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.14) อายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 57.15) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 40.00) 2) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ (การรับประทานอาหาร: $t = 11.49$, การออกกำลังกาย: $t = 6.20$, การจัดการอารมณ์: $t = 7.23$, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม: $t = 14.71$) เมื่อแยกรายด้านพบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติสูงสุดคือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ หน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร; พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย; พฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์; ผู้สูงอายุ

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๑ ผู้เขียนหลัก : เดือนเพ็ญ บุญมาชู Email : nsmukku@hotmail.co.th

รับบทความ: 19 ก.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 10 ต.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 10 ต.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 11 ธ.ค. 64

Effectiveness of Health Behavior Promotion Program for Elderly in Ratchathani-Asoke Community, Bung Mai Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

Pechtawan Thanaroong^{*}, Dueanphen Bunmachu^{**a}, Chonlada Meethong^{***}

Abstract

The aim of this quasi-experimental study with one group pre- and post-test design was to examine effectiveness of health behavior promotion program for elderly in Ratchathani-Asoke community, Bung Mai sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. Participants were 35 elderly in Ratchathani-Asoke community. The research tools were health behavior promotion program based on 3-Es. (Eating, Exercise, and Emotional health promotion). The program was conducted during a 8-week period and the questionnaire regarding health behavior based on the 3Es were used before starting the program and again at the end of the program. The data were analyzed using percentages, means, standard deviations and paired t-test.

The results showed that: 1) The majority of the samples were females (77.14%), aged between 70-79 years old (57.15%), and had musculoskeletal pain as existing condition (40.00%); and 2) after participating in the program, the mean scores of eating ($t=11.49$), exercise ($t=6.20$), emotional ($t=7.23$), and overall health promoting behaviors ($t=14.71$) were statistical significantly higher than those before participating in the program at $p<0.001$. Behaviors practiced most frequently was eating while exercise being the one practice least frequently.

These findings suggested that health care providers should support and apply this program in promoting health of the elderly in other communities.

Keywords : Health behavior promotion program; Nutrition behavior; Exercise behavior; Emotional behavior; Elderly

^{*} Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

^{**} Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

^{***} Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Ubon Ratchathani

^a Corresponding author Dueanphen Bunmachu Email: nsmukku@hotmail.co.th

Received: Sep. 19, 21; Revised: Oct. 10, 21; Accepted: Oct. 10, 21; Published Online: Dec. 11, 21

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าโลกจะเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในปี ค.ศ. 2050 สัดส่วนประชากร 1 ใน 4 คนโลกจะมีอายุมากกว่า 65 ปี โดยภูมิภาคที่คาดว่าจะมีประชากรวัย 65 ปีหรือมากกว่าเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ได้แก่ แอฟริกาเหนือและเอเชียตะวันตก, เอเชียกลางและเอเชียใต้, เอเชียตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ และละตินอเมริกา ในขณะที่จำนวนประชากรผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าจาก 143 ล้านคนในปี 2019 ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนทั้งสิ้น 426 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ สัดส่วนผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2559, 2560, 2561 และ 2562 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 15.01, 16.91, 16.06 และ 16.73 ตามลำดับ ใน พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 66.5 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.73 ขณะที่ประชากรทั้งหมดของประเทศเพิ่มอย่างช้าลงเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี⁽²⁾ จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดอันดับที่ 5 ของประเทศไทย มีจำนวน 276,628 คน คิดเป็นร้อยละ 14.73 ของประชากรทั้งหมด⁽³⁾

จากสถานการณ์ ประเทศไทยกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการเตรียมมาตรการในการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในทางที่เสื่อมถอยลง⁽⁴⁾ ภาครัฐได้มีจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่เสื่อมสภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม⁽⁶⁾ เช่น ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม นิยมรับประทานอาหารที่ผ่านการปรุงแต่ง รับประทานอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม และการจัดการความเครียดไม่มีประสิทธิภาพและไม่เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่วนหนึ่งมาจากบุคคลในครอบครัวซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม⁽⁷⁾ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น การควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในชุมชนในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น รวมถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ให้เห็นเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์รวมการทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁸⁾

ชุมชนราชธานีโสภเป็นชุมชนพึ่งตนเองที่มีแนวทางดำเนินชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง เน้นการทำกิจกรรมธรรมชาติไว้สราพิชและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ปัจจุบันมีสมาชิกชุมชนจำนวน 485 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 22.68 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนสูง ผู้สูงอายุบางคนสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้และบางคนต้องพึ่งพาคนอื่นในการดูแลสุขภาพเนื่องจากโรคประจำตัว จากข้อมูลทั่วไปของชุมชนพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในชุมชนมีการเจ็บป่วยจากความเสี่ยงของร่างกาย เช่น กระดูกเสื่อม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเส้นเอ็น ปวดข้อ และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์

เบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารรสเค็มมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งหากมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้โรคเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้ จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ในผู้สูงอายุชุมชนราชธานีโศก เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ และเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนราชธานีโศก ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One group pre- and post-test design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในชุมชนราชธานีโศก ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนราชธานีโศก ตำบลบึงใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.7 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และค่าเพาเวอร์ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 34 คน⁽⁹⁾ จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และประยุกต์ใช้จากคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 1) การจัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2) โรคและอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 4) การดูแลสุขภาพจิต 5) การจัดการกับอารมณ์ 6) การลดความเครียด และ 7) การฝึกปฏิบัติการเกร็งคลายกล้ามเนื้อเพื่อการผ่อนคลาย สื่อที่ใช้ ได้แก่ คู่มือเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. แผ่นพับ สไลด์ประกอบการบรรยาย วีดิโอ การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมโดยสมาชิกในชุมชน การสนทนากลุ่ม กิจกรรมการสาธิต

และสาธิตย้อนกลับ นำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วันๆ ละ 4 ชั่วโมง ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมบรรยายให้ความรู้โดยใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) การให้ความรู้โดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และภาวะแทรกซ้อนจากพฤติกรรมสุขภาพ การชมวิดีโอทัศน การเสนอตัวอย่าง การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม และการให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยโยคะลดอาการปวดหลังและปวดเอว การกดจุด การนวดตนเอง และการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้และสาธิตการทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ วิเคราะห์เมนูอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อ และแลกเปลี่ยนเมนูอาหารโดยสมาชิกในชุมชน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตโดยนักบวชที่พำนักในชุมชน สาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยาย และการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้รำไม้พลองบำบัด⁽¹²⁾ และวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการเกร็งคลายกล้ามเนื้อโดยใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยาย

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มโดยให้ผู้สูงอายุ เช่น ร้องเพลง รำวง ร้องเพลง กิจกรรมเข้าจังหวะ และกิจกรรมไหว้พระทำบุญ ฟังธรรมะ โดยสมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ นำเสนอการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชุมชนราชธานีโสศก ซึ่งมีความโดดเด่นเรื่องอาหาร และการจัดการอารมณ์

ในช่วงท้ายของกิจกรรมทุกสัปดาห์ที่ 1-7 มีกิจกรรมสนทนากลุ่ม การหมั่นและแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำสมุนไพรเพื่อความผ่อนคลาย

สัปดาห์ที่ 8 สรุปการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ใช้การเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการทางอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ โดยมีข้อความทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 5, 6 และ 14) และข้อความทางบวก 17 ข้อ เกณฑ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุดด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัด การแปลผลโดยรวม ดังนี้

การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00–5.00 ผู้วิจัยกำหนดอันตรายภาคขึ้นโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

คะแนน 1.00 – 2.33 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ
คะแนน 2.34 – 3.66 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับกลาง
คะแนน 3.67 – 5.00 คะแนน แสดงถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ คณะผู้วิจัยจะนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.803

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

2) เมื่อผ่านการตรวจสอบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-40/2564 วันที่ 28 พฤษภาคม 2564) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงชุมชนราชธานีอโศก ตำบลบู่ใหม่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ประชุมระดมสมองแกนนำชุมชน พิจารณาโปรแกรมให้แกนนำชุมชนให้ข้อเสนอแนะ และนำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปใช้

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิพร้อมลงนามในการตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย

2) ในสัปดาห์แรกผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย

และอารมณ์) จำนวน 20 ข้อ จากนั้นดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน ๆ ละ 4 ชั่วโมง

3) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามโดยการประเมินผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นชุดเดียวกับก่อนการทดลองหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-40/2564 วันที่ 28 พฤษภาคม 2564) การเคารพสิทธิส่วนบุคคลและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยมีการอธิบายและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การปกปิดความลับ และความรับผิดชอบของผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระในการตัดสินใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถปฏิเสธได้ หรือระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย หากมีความประสงค์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และในการเขียนรายงานการวิจัยจะเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริงในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดและทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ร้อยละ 77.14 มีอายุระหว่าง 70 -79 ปี ร้อยละ 57.15 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 80.00 และมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ปวดกระดูก และกล้ามเนื้อ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	22.86
หญิง	27	77.14
อายุ (Mean=72.94, SD=7.05)		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60 -69 ปี)	10	28.57
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 -79 ปี)	20	57.15
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	5	14.28

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
กสิกรรม	8	22.86
โรงครัว	10	28.57
ตัดเย็บผ้า	1	2.86
ปลูกสมุนไพร	2	5.71
งานบ้าน	3	8.57
ขายอาหาร	2	5.71
ความรับผิดชอบในชุมชน ได้แก่ ฐานขยะวิทยา ฐานสุขภาพ	2	5.72
ครู	1	2.86
อื่นๆ	6	17.14
การศึกษา		
ชั้นประถมศึกษา	16	45.71
มัธยมศึกษา	5	14.28
ปริญญาตรี	12	34.29
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	1	2.86
ไม่ระบุ	1	2.86
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (MIN=600; MAX=30,000)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	28	80.00
5,001 - 10,000	2	5.72
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,001	2	5.71
ไม่ระบุ	3	8.57
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	35	100
ไม่เพียงพอ	0	0
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	1	2.86
ความดันโลหิตสูง	8	22.86
ไทรอยด์	4	11.42
ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ	14	40.00
อื่นๆ	8	22.86

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเท่ากับ 3.34 (SD=0.38) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเท่ากับ 4.34 (SD=0.39) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($t=14.71$, $p<0.001$, $df=34$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=35)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	SD	t-test	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.34	0.38	14.71	<.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	4.34	0.39		

3. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติสูงที่สุดคือ ด้านการรับประทานอาหาร รองลงมาคือด้านการจัดการอารมณ์ ด้านที่มีการพฤติกรรมปฏิบัติต่ำที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมและแยกรายด้าน (N=35)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับพฤติกรรม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับพฤติกรรม		
การรับประทานอาหาร	3.61	0.36	ปานกลาง	4.49	0.47	สูง	11.49	<.001
การออกกำลังกาย	3.14	0.54	ปานกลาง	3.72	0.43	สูง	6.20	<.001
การจัดการอารมณ์	3.17	0.66	ปานกลาง	4.07	0.74	สูง	7.23	<.001
โดยรวม	3.34	0.38	ปานกลาง	4.34	0.39	สูง	14.71	<.001

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปผลได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 3.34 (SD=0.38) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 4.34 (SD=0.39) เมื่อแยกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายด้านพบว่า 1) ด้านการรับประทานอาหาร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 3.61 (SD=0.36) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 4.49 (SD=0.47) 2) ด้านการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 3.14 (SD=0.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 3.72 (SD=0.43) และ 3) ด้านการจัดการอารมณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 3.17 (SD=0.66) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 4.07 (SD=0.74) ซึ่งด้านการจัดการอารมณ์มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากที่สุด ผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมฝึกวิเคราะห์จิตกับการจัดการกับความเครียดโดยการสนทนากลุ่มสุขภาพจิตโดยนักบวช พังธรรมะ การจัดการกับความเครียดจากปัจจัยภายนอก และภายในอย่างมีสติ ด้วยการพาทำบุญ พบนักบวช โดยให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกตามความสามารถของตนเอง เช่น ร้องเพลง รำวง ร้องเพลง กิจกรรมเข้าจังหวะ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข สดชื่น ร่าเริงเมื่อมาร่วมกิจกรรมเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีกิจกรรมสันทนาการ การแช่มือและแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำสมุนไพรเพื่อผ่อนคลายความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของมะลิ โพธิ์พิมพ์, วลัยชัชยา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว และจิรวุฒิ กุจะพันธ์⁽¹³⁾ ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และด้านพัฒนาการทางจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งด้านที่มีการปฏิบัติสูงสุดคือด้านการจัดการความเครียด สำหรับด้านการออกกำลังกายมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มน้อยที่สุด อาจเนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้จัดให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในชุมชนและทำออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น โยคะ รำไม้พลองหลักสูตรบำนาญมี เป็นต้น โดยมีแกนนำจิตอาสาที่ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนเป็นผู้สนับสนุน

เมื่อพิจารณาโดยรวมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในระดับสูงทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีการบรรยาย ประกอบการสาธิต การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางหลัก 3อ. ได้จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตัวผู้สูงอายุได้นำไปปรับใช้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ส่งผลดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อติญาณ ศรีเกษตริน, รุ่งภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม และลัดดา เรืองด้วง⁽¹⁴⁾ ผลวิจัยพบว่า โดยภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=1.88$, $SD=0.32$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย=1.53, $SD=0.41$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ทำให้ อสม.มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ เพื่อให้อสม.เกิดความตระหนัก ควรมีการให้ความรู้แก่

อสม.อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อสม. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นแบบอย่างผู้นำด้านสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนในพื้นที่ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การใช้คู่มือเสริมความรู้ที่มีตัวอย่างประกอบรวมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เป็นต้น นอกจากนี้ การศึกษาของปัทมา ผาติภัทรกุล และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสระบุรี ผลวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับดีในระหว่างก่อนและหลังการทดลอง การศึกษานี้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาไทย การบริโภคผัก พืชสมุนไพร และกิจกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการทางอารมณ์โดยคำนึงถึงข้อจำกัดทางร่างกายของผู้สูงอายุ และผลการวิจัยของ รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์⁽¹⁶⁾ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30.28. สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่าครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีปัญหारे่องสุขภาพและขาดการดูแลที่ถูกต้อง เนื่องจากปัจจุบันผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมและกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล เอาใจใส่และให้การสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อารี พุ่มประไพทย์ และจรรยา เสียงเสนาะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=3.77, SD=0.84) มีกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ คือ 1) การให้คำแนะนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยการตรวจเลือดเพิ่มจากการได้รับสิทธิปกติ และการตรวจร่างกาย 3) การสร้างความอบอุ่นด้านจิตใจ 4) สุขภาพดีรอบด้าน และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโครงการดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินการวิจัยให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งพบว่าการทำงานให้กลุ่มเป้าหมาย มีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้ สามารถแนะนำผู้อื่นได้ เพื่อนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้นั้น ได้จากการทำความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องการแสดงความสามารถและการพัฒนาคุณลักษณะของแกนนำ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) เป็นแนวคิดที่เข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ผู้สูงอายุสามารถนำไปปรับและปฏิบัติได้จริงตามแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ทำให้มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยชะลอการเสื่อมสภาพด้านร่างกาย และส่งเสริมด้านจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การที่จะทำการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ผลดีนั้นจะต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเข้ามาดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวเพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับในสังคมเมือง และชนบท เนื่องจากความแตกต่างด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ อาจมีผลต่อการใช้โปรแกรมได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และขอขอบคุณชุมชนราชธานีโสภณ ตำบลบึงไผ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing: 1950-2050 [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/publications>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>.
4. Haseen F, Adhikari R, Soonthornthada K. Self-assessed health among Thai elderly. BMC Geriatrics 2010;10(30). doi: 10.1186/1471-2318-10-30.
5. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf.
6. Sihapark S, Kuhirunyaratn P, Chen H. Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: prevalence and associated factors. Ageing International 2014;39(3):210-20. doi: 10.1007/s12126-013-9190-7.
7. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/th>.
8. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, ธนิกันต์ ศักดาพร. การถอดบทเรียนตัวอย่างที่ดีของโรงเรียนและชมรมผู้สูงอายุ ที่มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้. กรุงเทพฯ: เจพรีนทร์; 2560.

9. นิธิพนธ์ สนิทเหลือ, วชิรพร สาด์เพชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ 2562; 5(1):498-507.
10. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ก.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก:
<http://online.pubhtml5.com/ogkq/rxzi/#p=95>.
11. Best JW, Kahn VJ. Research in Education (7th ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1995.
12. ผุสดี สระทอง, 10 ท่า การบริหารร่างกายด้วยท่อนไม้ แบบป่าบุญมี. นิตยสารหมอชาวบ้าน 2550; 339:supplemt.
13. มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยชัชยา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, จิรวุฒิ กุจะพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสาร มฉก. วิชาการ 2561; 22(43-44):86-98.
14. อติญาณ ศรีเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, ลัดดา เรืองด้วง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.คลองฉนาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(1):253-64.
15. ปัทมา ผาติภักทรกุล, ผุสดี ก่อเจตีย์, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศิริธร ยิ่งแรงเร้ง, ชุตินา บุรพา, ประภาส จักรพละ. ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 12(ฉบับพิเศษ):52-60.
16. รุจิราญ์ วรรณธนาทัศน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560; 36(1): 2-12.
17. อารี พุ่มประไพทย์, จรรยา เสี่ยงเสนาะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(3):160-75.

การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย

อุษา คำประสิทธิ์^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนาและทดลองใช้ และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน 1 ซึ่งดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) แบบประเมินเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคโควิด-19 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลโควิด-19 และ แบบประเมินสุขภาพจิตในภาวะ covid-19 2) แบบประเมินเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน ทำให้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง พบปัญหาและอุปสรรคในด้านโครงสร้างและการบริหารอัตรากำลังของพยาบาล ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ตักผู้ป่วยใน มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท และสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การบริหารการพยาบาล; หอผู้ป่วยใน; โรคโควิด-19

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

^a ผู้เขียนหลัก อุษา คำประสิทธิ์ Email: usa.ipd1@gmail.com

รับบทความ: 30 พ.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 17 ธ.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 20 ธ.ค. 64

Development of Nursing Model during the COVID-19 Outbreaks : In-Patient Department, Nonthai Hospital

Usa Kumprasit^{*a}

Abstract

The objective of this action research was to develop a nursing administration model during the COVID-19 outbreaks for in-patient department at Nonthai hospital. The research process was consisted of 3 phases: 1) exploring and analyzing the situations, 2) developing and testing the model, and 3) evaluating the model. The samples included 15 nurses currently working in the in-patient department for COVID-19 patients and selected using purposive sampling technique. Data collection was done from 1st April to 30th September 2021. Research instruments were consisted of 2 parts: 1) quantitative evaluation form which was a questionnaire asking about nursing administration preparedness during COVID-19, nurses' knowledge about COVID-19 prevention and control, nurses' self-efficacy in providing nursing care for COVID-19 patients, and mental health assessment during COVID-19 pandemic, and 2) qualitative evaluation form which was a recording form for focus group discussions regarding the nursing administration model during COVID-19 pandemic.

The results showed that the development of nursing administration model during COVID-19 outbreaks was effective in preparing and managing cares for COVID-19 patients. Nurses' knowledge was at a moderate level while their self-efficacy in provide nursing care for COVID-19 patients were at high level. It was found that problems and challenges of nursing administration model included the structure and management of nursing manpower. The study suggested that the hospital's nursing administration model that was developed during COVID-19 outbreak for the in-patient department was effective and practical in managing care for COVID-19 patients.

Keywords: Model development; Nursing administration; In-patient department; COVID-19

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Nonthai Hospital, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author : Usa Kumprasit Email : usa.ipd1@gmail.com

Received: Nov. 30, 21; Revised: Dec. 17, 21; Accepted: Dec. 17, 21; Published Online: Dec. 20, 21

บทนำ

การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบันทั่วโลกมียอดผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 176,400,316 ราย รักษาหายแล้ว 160,359,997 ราย เสียชีวิต 3,810,514 ราย ประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด-19 พบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีจำนวนมากขึ้น ยอดผู้ป่วยสะสม 195,909 ราย รักษาหายแล้ว 154,414 ราย เสียชีวิต 1,449 ราย⁽¹⁾ มีผู้ป่วยกระจายอยู่ทุกจังหวัด ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุขของประเทศ จากสถานการณ์ที่จำนวนผู้ป่วยโควิด 19 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้สถานพยาบาลของรัฐ มีจำนวนเตียงในการรักษาไม่เพียงพอ การเข้าถึงระบบบริการล่าช้า ส่งผลให้ได้รับการรักษาและวินิจฉัยโรคล่าช้าไปด้วย จากรายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 25,827 ราย รักษาหายแล้ว 22,360 ราย กำลังรับการรักษา 2,341 ราย และเสียชีวิต 180 ราย⁽²⁾ โรงพยาบาลชุมชนเป็นหนึ่งในสถานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยไปจนถึงอาการหนัก ยกเว้นผู้ที่มีอาการหนักมากจนต้องถูกส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลโนนไทยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 60 เตียง พบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 รายแรกเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2564 และมีแนวโน้มจะแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ ปี 2563-2564 สถิติยอดผู้ป่วยอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน พบผู้ป่วยโควิดยอดผู้ป่วยสะสม 674 ราย รักษาอยู่ 114 ราย รักษาหาย 553 ราย เสียชีวิต 7 ราย⁽³⁾ จึงจำเป็นต้องยิ่งที่กลุ่มงานการพยาบาลต้องพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับทีมต่างๆ ของโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและมีคุณภาพ เพื่อให้หายจากโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพยาบาลผู้สงสัยที่มาตรวจคัดกรองและผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ทั้งที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก ในขณะที่พยาบาลกลับเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม (Hazards) ได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ยาวนาน ภาวะความบีบคั้นทางจิตใจ ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลลดลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล ถือว่าเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าและภาวะเครียดจากภาระงาน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลลดลง⁽⁴⁾ การบริหารพยาบาลช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมา ไม่มีรูปแบบชัดเจน ไม่มีการเตรียมความพร้อมขององค์กร ทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยในให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ให้ปลอดภัยและไม่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

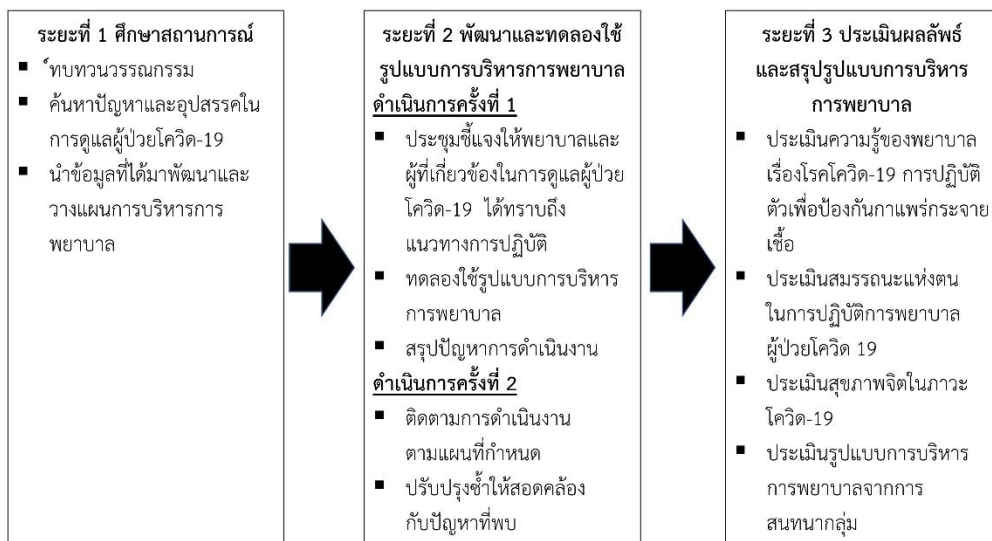
วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽⁵⁾ ร่วมกับแนวคิดการบริหารการพยาบาลภัยพิบัติของ Jennings-Sanders⁽⁶⁾ เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน 2564-30 กันยายน 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

สถานที่ศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้ ดำเนินการในแผนกผู้ป่วยใน 1 โรงพยาบาลโนนไทย ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยโควิด-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานภายในตึกผู้ป่วยใน 1 โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งหมด 15 คน ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ผู้วิจัยจึงเลือกประชากรทั้งหมดในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบสำรวจการเตรียมความพร้อมการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC) กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ นำมาปรับปรุงใช้ประเมินการเตรียมความพร้อมการบริหารการพยาบาลในระยะก่อนเกิดการระบาด ระยะเกิดการระบาด และระยะหลังเกิดการระบาดของโรคโควิด-19
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส จำนวนบุตร และสถานที่พักอาศัย
3. แบบทดสอบความรู้ของพยาบาล โดยประเมินความรู้โรคโควิด-19 ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ
4. แบบประเมินสุขภาพจิตในภาวะโควิด-19⁽⁸⁾ ประกอบด้วย แบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 ข้อ และแบบวัดความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 จำนวน 1 ข้อ
5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลโควิด-19 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽⁹⁾ จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยาบาล 5 ข้อ ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 5 ข้อ ด้านการดูแลและใช้งานห้องแยกโรค 5 ข้อ และด้านการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินเชิงคุณภาพ

คู่มือและแบบบันทึกการสนทนากลุ่มผ่านโปรแกรม Zoom แนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และสรุปผลที่ได้ลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ ด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้านบริหารพยาบาล และด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ระหว่าง 0.92–1.00 แบบแบบทดสอบความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.734 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.824

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนถึงการนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บข้อมูล การเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขออนุญาต ในการจัดบันทึกประเด็นสำคัญในระหว่างการสนทนากลุ่ม ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะยุติเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งการรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยต่างๆ ประชุมระดมสมองหัวหน้างานภายในโรงพยาบาลในไทยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 9 หน่วยงาน นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาและวางแผนการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งระยะก่อนเกิด ชะงัก และหลังเกิด

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นขั้นตอนการบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนความรู้ แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ประชุมชี้แจงและทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและสรุปรูปแบบการบริหารการพยาบาล เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลในไทย ประเมินผลจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2. การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้โรคโควิด-19 ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของพยาบาลตึกผู้ป่วยใน มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก สำหรับผู้ที่ตอบถูกต้องค่าน้ำหนักคะแนนข้อละ 1 คะแนน หรือผู้ที่ตอบผิดให้ค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน เมื่อพิจารณาภาพรวมมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) ผู้วิจัยแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ บลูม⁽¹⁰⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ-คะแนนร้อยละ 0-59 ระดับปานกลาง-คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับสูง-คะแนนร้อยละ 80-100

1.3. การวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพยาบาลโรคโควิด-19 ของพยาบาลตึกผู้ป่วยใน เป็นแบบสอบถามมีมาตราวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's rating scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันดับ 3 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจปานกลาง และมั่นใจน้อยที่สุด ในข้อความแต่ละข้อจะใช้เกณฑ์การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและแปลผลคะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีความมั่นใจน้อยที่สุด

1.4. แบบประเมินสุขภาพจิตในภาวะโรคโควิด-19 ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย แบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 ข้อ การแปลผลโดยแบ่งระดับ 5-6 คะแนน หมายถึง มีความกังวลในระดับต่ำ ระดับ 7-11 คะแนน หมายถึง มีความกังวลในระดับปานกลาง และระดับ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความกังวลในระดับสูง

ผลการวิจัย

การประเมินความพร้อมการบริหารการพยาบาลและแนวทางการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะขณะเกิดเหตุ และระยะหลังเหตุ ผลการศึกษาพบว่า

1. ระยะก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 พบปัญหาการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน Personal Protective Equipment (PPE) และหน้ากาก N-95 ที่ยังไม่เป็นไปตามแนวทางการคำนวณการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ซึ่งมีสูตรคำนวณ PPE = 15 ชุด/ราย/วัน, N-95 = 15 ชิ้น/ราย/วัน ในบริบทของโรงพยาบาลที่จัดเตรียมได้ คือ PPE = 10 ชุด/ราย/วัน, N-95 = 10 ชิ้น/ราย/วัน การจัด Cohort ward ประยุกต์จากหอผู้ป่วยสามัญ ไม่ระบอบระบายอากาศไม่มีม่านหรือฉากกั้นระหว่างเตียง

2. ระยะขณะเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนในระยะก่อนเกิดการระบาด ปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามแผนที่กำหนด ไม่พบบุคลากรติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการดูแลผู้ป่วย แต่ยังพบสิ่งที่ต้องพัฒนาเพิ่ม คือ เรื่องการบริหารอัตรากำลังที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ จำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (Mild case) เท่ากับ 1 : 6 จำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Moderate case) เท่ากับ 1 : 4 มีวางแผนการจัดทีมสำรองใช้บุคลากรจากห้องคลอด ห้องผ่าตัด งานผู้ป่วยนอก และงานผู้ป่วยใน 2 เพื่อใช้ในกรณีจำเป็นจากทีมหลักเกิดการติดเชื้อโควิด-19 หรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ การวางแผนปรับเปลี่ยนเตียงโดยเปิดหอผู้ป่วยในเพิ่ม หากจำนวนผู้ป่วยโควิด-19 เพิ่มขึ้น

3. ระยะหลังเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าการบริหารการพยาบาลเป็นไปตามแผนที่วางไว้ มีการวางแผนระยะยาวเรื่องการติดตั้งระบบระบายอากาศ การบริหารอัตรากำลังและเพิ่มขวัญกำลังใจ สวัสดิการ ค่าตอบแทน และค่าเสี่ยงภัย ตามความเหมาะสมการชื่นชมสร้างกำลังใจ ให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกภาคภูมิใจถึงคุณค่าที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19

การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย ประเมินจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 33 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 24-40 ปี ร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 86.66 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.34 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแห่งนี้มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 73.33 สถานที่พักอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 80.00 และส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 53.33

2. ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบว่า คะแนนโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก คิดเป็น

ร้อยละ 60.00 และ 33.30 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรู้แบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นเรื่องความรู้เรื่องโรคและการดูแลโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.30 และประเด็นความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (N=15)

ความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ในภาพรวม		
ต่ำ	1	6.70
ปานกลาง	9	60.00
สูง	5	33.30
Max=100.00, Min=60.00, $\bar{X}$ =80.00, SD=13.36		
ระดับความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19		
ต่ำ	0	0
ปานกลาง	8	53.30
สูง	7	46.70
Max=100.00, Min=66.67, $\bar{X}$ =85.18, SD=12.36		
ระดับความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ		
ต่ำ	2	13.30
ปานกลาง	7	46.70
สูง	6	40.00
Max=100.00, Min=45.45, $\bar{X}$ =75.76, SD=16.36		

3. การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยรวมทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยระดับความเชื่อมั่นมากที่สุด เท่ากับ 2.83 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้สมรรถนะด้านการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.90 รองลงมาคือด้านการดูแลอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และด้านที่มีค่าน้อยที่สุดคือด้านการดูแลและการใช้ห้องแยกโรคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลแยกรายด้าน (N=15)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. ด้านการพยาบาล	2.91	0.17	สูง
2. ด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	2.81	0.19	สูง
3. ด้านการดูแลอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม	2.86	0.22	สูง
4. ด้านการดูแลและการใช้ห้องแยกโรค	2.73	0.29	สูง
คะแนนเฉลี่ยรวม	2.83	0.18	สูง

4. การประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยการประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความกังวลในการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า พยาบาลตึกผู้ป่วยใน 1 ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.30 และมีความกังวลต่อไวรัสโรคโควิด-19 ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 (N=15)

การประเมินสุขภาพจิตในภาวะการระบาดโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเครียด		
เครียดน้อย	2	13.30
เครียดปานกลาง	12	80.00
เครียดมาก	1	6.70
เครียดมากที่สุด	0	0.00
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	14	93.30
มี	1	6.70
ความกังวลต่อไวรัส COVID-19		
มีความกังวลในระดับต่ำ	12	80.00
มีความกังวลในระดับปานกลาง	3	20.00
มีความกังวลในระดับปานกลาง	0	0.00

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

พยาบาลตึกผู้ป่วยใน 1 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ใน 3 ด้านหลักๆ ดังนี้

1. **รูปแบบการบริหารการพยาบาล** พยาบาลผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า รูปแบบการบริหารการพยาบาลของตึกผู้ป่วยในภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ใช้ในปัจจุบันมีความเหมาะสมทำให้สามารถทำงานได้อย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังมีบางคนมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการบริหารที่ใช้อยู่ยังมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ ซึ่งบางครั้งยังขาดการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2. **ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19** พยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นเรื่องอุปกรณ์ป้องกัน อาคารและสถานที่ เช่น อาคารสถานที่ที่ไม่มีระบบระบายอากาศ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ไม่มีเครื่องฟอกอากาศ ขาดระบบสื่อสารระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย การสวมชุดป้องกัน PPE มีความยากลำบากในการสวมใส่ชุดในการปฏิบัติงาน เกิดความร้อนและหายใจลำบากในการเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วย ขั้นตอนการถอดชุดอาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคได้ ชุดปฏิบัติงาน Power Air Purifying Respiratory (PAPR) มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ด้านภาระงานมีความเห็นว่าภาระงานมากและมีความเสี่ยง ความเครียด ความกังวล สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย ควรเพิ่มขวัญกำลังใจให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้มีกำลังใจในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น

3. **ประสบการณ์/ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19** พยาบาลมีความคิดเห็นว่า มีความรู้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 แต่อยากให้เพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ การใช้อุปกรณ์ที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้ Capsule ในการส่งต่อผู้ป่วย การใช้เครื่อง High-flow oxygen และความรู้เรื่องแนวปฏิบัติที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ ดำเนินการโดยสำรวจการเตรียมความพร้อมและวางแผนในด้านต่างๆ⁽⁷⁾ พบว่า มีการจัดเครื่อง Portable X-Ray รวมถึงอุปกรณ์การตรวจร่างกายอื่นๆ แยกจากผู้ป่วยทั่วไป มีการเตรียมความพร้อมวางแผนการเตรียมอาคาร สถานที่ การจัดการขยะ การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (Cohort ward) ดำเนินการใช้ Isolation room และ Modified negative pressure room สำหรับผู้ป่วยวิกฤต มีการจัดเตรียมอุปกรณ์และยาที่จะใช้กับผู้ป่วย มีแนวทางการทำความสะอาดบริเวณหอผู้ป่วยเฉพาะโรค มีระบบการจัดการขยะทางการแพทย์ มีการเตรียมความพร้อมวางแผนการเตรียมคู่มือและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีการเตรียมความพร้อมวางแผนการจัดสรรอัตราากำลัง พัฒนาบุคลากรพยาบาลและการเตรียมบริการพยาบาล มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุเพื่อเตรียมความพร้อมการระบาดของโควิด-19 ซึ่งมีความเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์โควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ พบว่าองค์ประกอบที่ผู้บริหารการพยาบาลให้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือการประเมินความพร้อมในการบริหารการพยาบาล แต่ยังพบสิ่งที่ต้องพัฒนาในการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน PPE และหน้ากาก N-95 ที่ยังไม่เป็นไปตามแนวทางการคำนวณการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ซึ่งมีสูตรคำนวณ $PPE=15$ ชุด/ราย/วัน, $N-95=15$ ชิ้น/ราย/วัน⁽⁷⁾ ในบริบทของโรงพยาบาลที่จัดเตรียมได้ คือ $PPE=10$ ชุด/ราย/วัน, $N-95=10$ ชิ้น/ราย/วัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการใช้ทรัพยากรของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยได้กำหนดให้ใช้ในผู้ป่วยประเภท Severe⁽¹²⁾ และมีการเตรียมอุปกรณ์ทดแทน กรณีมีอุปกรณ์บางชนิดขาดแคลน เช่น ชุดกันฝนใช้ทดแทนชุดกันเปื้อนพลาสติกแขนยาว, จัดทำ Face shield จากแผ่นใสทดแทน และมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมตามบริบท

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาล ในระยะนี้ดำเนินการโดยกำหนดและติดตามการดำเนินงานตามแผนการเตรียมความพร้อมในระยะที่ 1 พบว่า

- ด้านการบริหารจัดการอาคาร สถานที่ เมื่อมีการระบาดเพิ่มมากขึ้น จำนวนห้องไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย จึงมีการปรับปรุงขยายหอผู้ป่วยในเพิ่มเพื่อรองรับและให้บริการพยาบาล โดยจัดตั้ง Cohort ward ประยุกต์จากหอผู้ป่วยสามัญ พบปัญหาว่ามีข้อจำกัดของอาคาร สถานที่ ยังไม่มีระบบระบายอากาศและม่านหรือฉากกั้นระหว่างเตียง ซึ่งไม่เหมาะสมตามหลักการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยรวมแยกโรค⁽⁷⁾ สอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า อาคารสถานที่อากาศไม่ถ่ายเท ไม่มีเครื่องฟอกอากาศ และมีความคิดเห็นว่าขาดอุปกรณ์การสื่อสารกับผู้ป่วยใช้โทรศัพท์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ในช่วงแรกต้องใช้เสียงตะโกนคุยกัน จึงเสนอให้มีการวางแผนระยะยาวในการปรับปรุงระบบระบายอากาศที่ดีและติดตั้งอุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร อินเตอร์คอมเพิ่มเติม สอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญในการจัดการทางการพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽¹³⁾ ได้แก่ การมีอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นครบถ้วน เพียงพอสำหรับการทำงานและการมีสถานที่เหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

- ด้านบริการพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลัก Standard precaution อย่างเคร่งครัดในการดูแลผู้ป่วยทุกราย พบปัญหาจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ ลำดับการสวมใส่ชุด PPE พบว่าบุคลากรอื่นที่ต้องมาร่วมให้การดูแลใส่ชุด PPE ไม่ถูกต้อง จึงมีการจัดเรียงอุปกรณ์ป้องกันตัวตามลำดับการใส่ โดยมีเส้นทางเข้า-ออกชัดเจน และมีการจัดหาโพสเตอร์ติดไว้ที่ห้อง Ante room เพื่อช่วยในการใส่และถอด PPE ที่ถูกต้องสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรี จันทรเอี่ยมและคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 และพัฒนาการจัดระบบงานและการปฏิบัติงานให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลลำพูน พบว่าการใส่และถอดชุด PPE ยังไม่ได้มาตรฐานและเคร่งครัด มีมติร่วมกันนำประเด็นปัญหาอุปสรรคในเรื่องการฝึกอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการใช้ชุด PPE และฝึกปฏิบัติและทดสอบการใส่และถอดชุด PPE ไปสู่กระบวนการพัฒนาและปรับปรุงงานให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- ด้านการบริหารอัตรากำลัง ในระยะที่มีการระบาดมาก (เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2564) พบปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การกำหนดมาตรฐานการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ซึ่งยึดหลักการจัดอัตรากำลังพยาบาล ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย/ผู้สงสัยติดเชื้อโควิด-19 จำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย Mild case 1 : 6, Moderate case 1 : 4⁽⁷⁾ แต่ในทางปฏิบัติสามารถจัดอัตรากำลังได้เพียง Mild case 1 : 10 และ Moderate case 1 : 6 จึงมีการวางแผนปรับอัตรากำลัง จากเดิมมีพยาบาลหอผู้ป่วยใน 1 จำนวน 15 คน แบ่งเป็น 2 ทีม โดยทีม 1 จำนวน 8 คน ทีม 2 จำนวน 7 คน สำหรับจัดเวรหมุนเวียนในการดูแลผู้ป่วย ต่อมามีการเปิดหอผู้ป่วยในเพิ่ม ใช้บุคลากรทีม 2 จำนวน 7 คน และทีมสำรองจากตึกผู้ป่วยใน 2 อีก 3 คน รวมพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 18 คน จัดแบ่งอัตรากำลัง ตึกละ 9 คน โดยตึกโควิด 1 รับผู้ป่วยสีแดง สีเหลือง ตึกโควิด 2 รับผู้ป่วยสีเขียว สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มของพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีความคิดเห็นว่าภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เป็นอุปสรรคสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย ด้านอัตรากำลังของพยาบาล

ที่ขึ้นเวรน้อยเกินไป ทำให้มีภาระงานที่มากขึ้น เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

ภายหลังมีการปรับขยายเตียงผู้ป่วยในเพิ่ม พบว่า ยังมีการระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงมีการประสานงาน วางแผนร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค อำเภอนนทบุรี ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วย 2 แห่งและบริหารอัตรากำลังร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยมีการจัดเวรพยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับแนวทางการบริหารการพยาบาลเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อร้ายแรง ที่ต้องมีการปรับระบบบริหารการพยาบาล และต้องจัดการในระดับนโยบายการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในการผสมผสานอัตรากำลังพยาบาล⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณง เกตุดาว อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี โทอินทร์ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVID-19) และพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็งภายใต้ “คนอุดรไม่ทอดทิ้งกัน ฝ่าฟันโควิด”⁽¹⁵⁾

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและสรุปรูปแบบการบริหารการพยาบาล หลังเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 กำหนดให้มีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานในวงรอบต่อไปได้แก่

1. **การประเมินความรู้** พบว่าพยาบาลมีความรู้โดยรวมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามีความรู้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 แต่อยากให้มีการเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เนื่องจาก ความรู้เรื่องแนวทางการรักษามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงมีการวางแผนการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีการปรับเปลี่ยนโดยสื่อสารให้บุคลากรทราบผ่านระบบ Line กลุ่มโควิด-19 มีการสาธิตและฝึกทักษะในการสวมใส่อุปกรณ์การป้องกันร่างกายส่วนบุคคลโดยพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (ICN) มีการซ้อมแผนการดูแลก่อนการระบาด และมีการประเมินการเตรียมความพร้อมจากทีมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี ไม่พบการติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรี จันทรเอี่ยม มาลีวรรณ เกษตรทัต พรพิมล คุณประดิษฐ์ และศศิประภา ต้นสุวัฒน์⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลลำพูน ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและฝึกทักษะการใช้ PPE แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ถือเป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และสอดคล้องกับงานวิจัยของประภา ราชา จารุภา คงรส และธนพร สดชื่น⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาและผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 สูงกว่าก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

2. การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในด้านการพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือด้านการดูแลอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม และต่ำที่สุดคือด้านการดูแลและการใช้ห้องแยกโรค ซึ่งอธิบายได้จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะหรือความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกและลงมือปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ดี รวมถึงมีความพยายามอย่างต่อเนื่อง⁽⁹⁾ สอดคล้องกับกล้าเผชิญ โชคบำรุง ปาริชาติ วงศ์ก้อม และจินตนา สุวิทวัส ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองทางการพยาบาลในการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ 1 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าพยาบาลที่มีการรับรู้สมรรถนะทางการพยาบาลตนเองสูง จะส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลได้ดี⁽⁴⁾ สอดคล้องกับผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ที่มีความเชื่อว่าตนเองสามารถใส่-ถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลได้ถูกต้องและมีความคาดหวังว่าการใส่หน้ากากกรองอนุภาค (N-95) และการทำ Fit check ก่อนการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทุกครั้ง สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะช่วยให้พยาบาลมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและตนเองในระดับมากที่สุด⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับ นภาพร อภิตวีจิเศรษฐ์ เสาวนีย์ เนาวพานิช จิตหทัย สุขสมัย ชุตินันท์ ต้วโวหาร และรักษันท์ ขวัญเมือง ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และพบว่าการดำเนินการปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น ต้องมีการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นและการจัดการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19⁽¹⁷⁾

3. การประเมินด้านสุขภาพจิต พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.30 และมีความกังวลต่อไวรัส COVID-19 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.00 อธิบายได้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานตึกผู้ป่วยใน 1 โรงพยาบาลโนนไทย มีประสบการณ์ในการให้บริการดูแลรักษาและจัดการปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติจากโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและโรคติดเชื้ออื่นๆ อยู่ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 มีการใช้งานห้องแยกโรค มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยแห่งนี้มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 73.33 ทำให้ความกังวลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสิมาพร พรหมสาร ปิยะณัฐ พรหมสาร และกนกวรรณ รัตนแสงเลิศ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศิริราชระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบว่าบุคลากรมีความเครียดในระดับปานกลาง ไม่มีความเสี่ยงด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยซึ่งบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อบนระบบทางเดินหายใจที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำอยู่แล้วแต่เดิม จึงมีการบริหารจัดการด้านภาระงาน อัตรากำลังและครุภัณฑ์ให้สอดคล้องกับลักษณะงานได้เป็นอย่างดี

4. ผลการถอดบทเรียนการพัฒนากระบวนการบริหารการพยาบาล จากการสนทนากลุ่มพยาบาล ตึกผู้ป่วยใน 1 เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 พบว่า การนำรูปแบบการบริหารการพยาบาล ตึกผู้ป่วยใน ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ใช้ในปัจจุบัน มีความเหมาะสม มีความพร้อมในระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้มีการทำงานได้อย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อธิบายได้ว่า มีรูปแบบการบริหารการพยาบาลที่ชัดเจนและมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ การฝึกทักษะและมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทำให้พยาบาลมั่นใจในแนวทางและมาตรการการปฏิบัติงาน⁽⁷⁾ สอดคล้องกับพยาบาลมีความคิดเห็นว่า ภาระงาน ความเสี่ยง ความเครียด และความกังวล สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และควรสร้างขวัญกำลังใจ เพิ่มสวัสดิการ ค่าตอบแทน และค่าเสี่ยงภัยตามความเหมาะสม การชื่นชมสร้างกำลังใจ ให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกภาคภูมิใจถึงคุณค่าที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อนำมาปรับปรุง พัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติได้จริง
2. ควรมีการสื่อสารสร้างความรู้ ความเข้าใจ การดำเนินงานตามแนวทางการบริหารการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่และโรคอุบัติใหม่
3. ควรปรับปรุงโครงสร้างและสถานที่ ให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การจัดตั้ง Cohort ward เพื่อให้เกิดความมั่นใจและปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เม.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก : https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/im_commands.php
2. ศูนย์บริหารสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จ.นครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 เม.ย. 5]. เข้าถึงได้จาก : <https://covid-19.nakhonratchasima.go.th>.
3. ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอโนนไทย (EOC) จ.นครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 เม.ย. 5]. เข้าถึงได้จาก : <https://district.cdd.go.th/nonthai/about-us/contact-us/>
4. กล้าเผชิญ โชคบำรุง, ปาริชาติ วงศ์ก้อม, จินตนา สุวิทวัส. การรับรู้สมรรถนะตนเองทางการพยาบาล ในการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2564;44(2):72-85.
5. แนวคิดและความเป็นมาของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 เม.ย. 15]. เข้าถึงได้จาก : <https://pongmed.wordpress.com/2013/08/26/par1/>

6. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. Nurse Educ Pract. 2004 Mar;4(1):69-76. doi: 10.1016/S1471-5953(03)00007-6.
7. สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 เม.ย. 5]. เข้าถึงได้จาก : <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8620>
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 เม.ย. 15]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/covid19/qa/>
9. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman; 1997.
10. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill. 1971.
11. อีรพร สติธังกูร, ศิริมา สีสวงค์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, นิชาภา ยนจอหอ, กนกพร แจ่มสมบูรณ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(2):320-33.
12. วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, ปุณณิกา คงสืบ, เขาวรินทร์ คำหา, ศุภกิจ ศิริลักษณ์. การบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และหน้ากาก N95 สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(1):137-49.
13. รุ่งทิวา พิมพ์สักกะ. การจัดการทางการพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาล 2564;70(3):64-71.
14. นุชรี จันทรเอี่ยม, มาลีวรรณ เกษตรทัต, พรพิมล คุณประดิษฐ์, ศศิประภา ต้นสุวัฒน์. การบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรงพยาบาลลำพูน. Journal of the Phrae Hospital 2564; 29(1):115-28.
15. ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, ภาสินี ไทอินทร์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model). วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;30(1):53-61.
16. ประภา ราชฯ, จารุภา คงรส, ธนพร สดชื่น. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39(3):414-26.
17. นภาพร อภิรติวจิเศรษฐ์, เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์, จิตหทัย สุขสมัย, ชุตินันท์ ติวโหวาร, รักษนันท์ ขวัญเมือง. การเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19. วารสารเวชบันทึกศิริราช 2564;14(4):81-90.
18. สิมภาพร พรหมสาร, ปิยะณัฐ พรหมสาร, กนกวรรณ รัตนแสงเลิศ. ความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศิริราชระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. เวชสารแพทย์ทหารบก 2564;74(3):197-204.

การพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

ศิรินุช ฉายแสง^{*a}

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 12 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบเป็นผู้รับบริการในคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 56 คน สุ่มเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีความสนใจใช้บริการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ และคาดหวังต่อการรักษาด้วยสารสกัดกัญชา แต่ปัจจุบันการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต้องตรวจรักษาโดยแพทย์ และจ่ายยาโดยเภสัชกร ส่วนการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เป็นการให้บริการร่วมกับบริการกับคลินิกบริการทั่วไป รูปแบบบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง/ให้คำปรึกษา 2) การส่งต่อเพื่อจ่ายการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 3) การติดตามผลการรักษา ทำให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สนองตอบความต้องการและมีความพึงพอใจในระดับมาก

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ ควรพัฒนารูปแบบการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : คลินิกให้คำปรึกษา; การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์; การพัฒนารูปแบบ

^{*} ผู้อำนวยการ, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวินทรราชินีปลาเค้า จ.อำนาจเจริญ

^a ผู้เขียนหลัก ศิรินุช ฉายแสง Email: teakaa2517@hotmail.com

รับบทความ: 24 พ.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 21 ธ.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 21 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 1 ม.ค. 65

Development of a Counseling Clinic Model for Medical Cannabis Extract Use at Ban Non Du Tambon Health Promoting Hospital, Mueang District, Amnat Charoen Province

Sirinuch Chaisaeng^{*a}

Abstract

Objective of this research was to develop a model of counseling clinic for medical cannabis extract use at Ban Non Du Tambon Health Promoting Hospital, Mueang district, Amnat Charoen province. Samples for the development of the model were comprised of 12 persons selected with the purposive sampling method. Another group of samples used in the evaluation of the model were 56 patients who attended the counseling clinic for medicinal cannabis extract use and were recruited using simple random sampling technique. Research tools used for the data collection were an interview guide and a questionnaire. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and paired t-test.

The findings showed that: patients were interested in receiving the services from the model counseling clinic medical cannabis extract use. Physicians must diagnose and prescribe medical cannabis extracts while pharmacists must be the ones who provided them to patients. Services provided in the model clinic included 1) screenings and counseling, 2) referral for diagnosis and treatment of medical cannabis extracts, and 3) follow-ups. The model services helped patients receiving reliable information and services that met their needs. The patients' satisfaction was at a high level.

It was suggested from this study that clinic for medical cannabis extract use can be provided at the subdistrict (Tambon) level to improve accessibility of the medical cannabis extracts.

Keywords : Counseling clinic; Use of medical cannabis extracts, Model development

^{*} Director, The 60th Anniversary Commemoration of the King's Mother Health Center, Pla Khao, Mueang District, Amnat Charoen Province

^a Corresponding author: Sirinuch Chaisaeng Email: teakaa2517@hotmail.com

Received: Nov. 24, 21; Revised: Dec. 21, 21; Accepted: Dec. 21, 21; Published Online: Jan. 1, 22

บทนำ

สารสกัดกัญชาได้ถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์มากขึ้น ด้วยหวังประโยชน์ในการรักษาโรคและบรรเทาอาการต่างๆ สำหรับผู้ป่วยหลายคนมีความคาดหวังในการใช้สารสกัดกัญชาเมื่อไม่สามารถรักษาให้หายขาดด้วยการรักษาตามมาตรฐาน ในขณะที่แพทย์หลายคนยังมีความกังวลถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใช้ ดังนั้นการตัดสินใจในการเริ่มให้การรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาควรขึ้นอยู่กับการให้ข้อมูลรวมทั้งการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย บนพื้นฐานของความเป็นจริง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วย⁽¹⁾ ประชาชนทั่วไปยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง จากการสำรวจความรู้ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันทนาการในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ⁽²⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจไม่ถูกต้อง หรืออาจไม่ทราบเลย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในประเด็น “กัญชารักษาโรคมะเร็งให้หายได้” และ “กัญชาใช้รักษาโรคนอนไม่หลับได้” ซึ่งยังต้องมีการวิจัยเพิ่มเติม แต่กลับมีตัวอย่างที่เชื่อว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องแล้วสูงถึงร้อยละ 39 และ 30 ตามลำดับ โดยอีกร้อยละ 27 และ 43 ตามลำดับ ระบุนไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการสำรวจการเคยใช้กัญชา ในตลอดชีวิตที่ผ่านมา พบว่าคนไทยกว่า 5 ล้านคน เคยใช้ในทางที่ผิดคือใช้เพื่อสันทนาการ ซึ่งพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ทั้งนี้ ผลสำรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ายังมีผู้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการอยู่กว่า 1 ล้านคน โดยครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ยังคงใช้เพื่อสันทนาการอยู่กว่า 5 หมื่นคน⁽³⁾ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดบริการให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อเท็จจริง หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ต้องมีการประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วย ที่ต้องมีการรับรู้ข้อดีข้อเสียและข้อมูลทุกด้านของกระบวนการรักษา จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขในการวางแผนการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อจัดการพยาบาลที่เหมาะสม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนดู่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นพื้นที่นำร่องตามโครงการปลูกกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาการปลูกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อส่งผลผลิตกัญชาที่มีคุณภาพให้กับคลังวัตถุดิบกัญชาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อนำไปใช้ในผลิตตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ แต่ยังไม่มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และยังไม่มียาสมุนไพรที่มีกัญชาปรุงผสม ผู้ป่วยต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ส่วนคลินิกให้คำปรึกษาเฉพาะด้านกัญชาทางการแพทย์รวมอยู่กับคลินิกให้คำปรึกษาทั่วไป ไม่ได้แยกออกมาชัดเจน ทำให้ประชาชนผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาด้านกัญชาทางการแพทย์เท่าที่ควร จากรายงานการศึกษาความรู้และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนดู่ ในระหว่างพฤษภาคม-ธันวาคม 2564 โดยการสุ่มแบบบังเอิญจำนวน 60 คน พบว่า ตัวอย่างมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดยประเด็นที่เข้าใจผิดมากที่สุด คือการนำกัญชามาใช้รักษาโรคด้วยตนเอง (ร้อยละ 32.00) และเข้าใจผิดว่าครีวเรือนสามารถปลูกกัญชาเพื่อรักษาโรคได้ (ร้อยละ 28.00) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาารูปแบบบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ในประเด็นการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้

สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สนองตอบความต้องการเกิดความพึงพอใจ และสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และแนวทางการจัดคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

ประชากร เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู จำนวน 20 คน และ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 3 คน และญาติผู้ป่วย 3 คน

2. การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

ใช้กลุ่มตัวอย่างเดิม จำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 3 คน และญาติผู้ป่วย 3 คน

3. การประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

ประชากร เป็นผู้ที่มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-ธันวาคม 2564 จำนวน 64 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁴⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 56 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย

1.1 ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection)

1.2 แบบสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพการณ์ ความต้องการใช้บริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และแนวทางการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ในกลุ่มผู้ให้บริการ

2.2 แบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ สำหรับผู้รับบริการ 3 ส่วน ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว อาการและการเจ็บป่วย

2) ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้⁽⁴⁾ ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00–79.90) และความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60.00)

3) ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย โดยพิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบ ประยุกต์ตามแนวคิดของ Best⁽⁵⁾ ดังนี้ พึงพอใจระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00) พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67) และพึงพอใจระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency: IOC) พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา มีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไปทุกข้อคำถาม

3. การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try out) กับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลาข้าว ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน นำมา

วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20)⁽⁵⁾ ในส่วนของการประเมินความพึงพอใจ ที่มีมาตรวัดแบบ Rating Scale ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค⁽⁶⁾ (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.75

4. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้อาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกตามประเด็นปัญหา และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการใช้บริการ และแนวทางการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนดู เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) ด้านระบบบริการสุขภาพคลินิกกัญชาทาง ศึกษาจากเอกสาร/ฐานข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบาย แนวปฏิบัติ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย 2) ด้านฐานข้อมูลสุขภาพ คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้รับบริการ 3) ด้านการสนับสนุนการตัดสินใจ คือ ความรู้ความเข้าใจและทักษะในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของผู้รับผิดชอบงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานตามรูปแบบและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม 4) ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการ 5) ด้านการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน คือ การจัดบริการสุขภาพเชื่อมโยงชุมชน ผู้วิจัยศึกษาจากการจัดทำกิจกรรม แผนงาน โครงการ ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพในชุมชน ที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ และแนวทางการจัดคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนดู อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

1.2 แต่งตั้งคณะทำงานและคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย แยกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม คือ 1) ตัวอย่างในการวิเคราะห์บริบท และ 2) ตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 12 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ให้บริการ 6 คน และ ผู้รับบริการ 3 คน และ 3) ตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบเป็นผู้รับบริการในคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 56 คน ประเมินความรู้และความพึงพอใจต่อการจัดคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนดู ก่อนการพัฒนาคูณภาพบริการ

1.3 การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group discussions) โดย 1) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหาในการให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 2) สร้างรูปแบบการจัดบริการคลินิก

ให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ และ 3) วางแผน/จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ

2. ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการจัดคลินิก ให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ รพ.สต.บ้านโนนตู ที่ได้จากขั้นที่ 1 และติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ด้วยการปรับปรุง Clinical practice guideline พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยปรับรูปแบบบริการ สนับสนุนความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและเครือข่ายบริการสุขภาพ 2) การจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจัดทำทะเบียนผู้รับบริการให้ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน เชื่อมโยงผลลัพธ์ตัวชี้วัดกับฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health data center: HDC) เชื่อมโยงฐานข้อมูลงานบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ (JHCIS) กับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยจัดทำแนวปฏิบัติ/แนวทางการดูแลรักษา ร่วมกับพัฒนาความรู้ทักษะในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ การสร้างเครือข่ายในการสื่อสารร่วมกับทีมสุขภาพผู้ให้คำปรึกษาผ่านช่องทาง Line application โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย 4) สนับสนุนการจัดการตนเอง และ 5) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

3. ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation)

ติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน ให้คำแนะนำโดยรายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน 2) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ 3) ประเมินผลก่อนและหลังการศึกษาวิจัย และ 4) สังเกตผลการดำเนินงาน ก่อนการดำเนินการ ระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ ทำการบันทึกผลทุกขั้นตอน

4. ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)

ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล 1) สรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติ 2) สรุปผลการดำเนินงาน สะท้อนปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน 3) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข 4) ค้นข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 5) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขการดำเนินงานครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีมารับบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ จำนวน 56 คน ดังนี้ 1) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ในกลุ่มผู้รับบริการ และ 2) ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ในกลุ่มผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ก่อนและหลังการพัฒนา
รูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ และแนวทางการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู เป็นพื้นที่นำร่องในการปลูกกัญชาทางการแพทย์ ประชาชน/ผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียง มีความสนใจและต้องการใช้บริการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ และมีความคาดหวังต่อการรักษาด้วยสารสกัดกัญชา แต่ปัจจุบันการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต้องตรวจรักษาโดยแพทย์ และจ่ายยาโดยเภสัชกร ส่วนการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เป็นการให้บริการร่วมกับบริการกับคลินิกบริการทั่วไป

2. รูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

2.1) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ได้แก่ 1) เพื่อคัดกรอง ให้ความรู้ และติดตามผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการ
การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 2) เพื่อลดการใช้สารสกัดกัญชาในทางที่ผิดอันจะส่งผลต่อสภาวะร่างกาย
จิตใจ การเข้าสังคม และเศรษฐกิจ และ 3) สนองตามนโยบายการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพื่อช่วย
การรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิต และการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเฉพาะโรค วันที่ให้บริการคือ วันจันทร์-ศุกร์ เวลา
08.30-16.30 น. สถานที่ คลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านโนนตู

2.2) กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) การออกแบบระบบการบริการสุขภาพ
โดยพัฒนากระบวนการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ด้วยการปรับปรุง
Clinical practice guideline พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยปรับรูปแบบบริการ สนับสนุนความรู้
ในการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและ
เครือข่ายบริการสุขภาพ 2) การจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยอย่าง
เป็นระบบจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจัดทำทะเบียนผู้รับบริการให้ครบถ้วน
เป็นปัจจุบันเชื่อมโยงผลลัพธ์ตัวชี้วัดกับฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health data center: HDC)
เชื่อมโยงฐานข้อมูลงานบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ (JHCIS) กับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยจัดทำแนวปฏิบัติ/แนวทางการดูแลรักษาพร้อมกับพัฒนาความรู้ทักษะ
ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ การสร้างเครือข่ายในการสื่อสารร่วมกับทีมสุขภาพผู้ให้คำปรึกษา
ผ่านช่องทาง Line application โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ
และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย 4) สนับสนุน
การจัดการตนเอง และ 5) การจัดการเชื่อมโยงชุมชน

2.3) ขั้นตอนการบริการ ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง/ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ 2) การส่งต่อเพื่อจ่ายการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในรูปแบบผลิตภัณฑ์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อยังประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่เหมาะสมทางการแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน และ 3) การติดตามผลการรักษา โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนดู่ ติดตามผลรักษาอย่างใกล้ชิด

3. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนดู่ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

3.1 สภาพการดำเนินการตามรูปแบบ ดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการดำเนินงานตามรูปแบบฯ จำแนกรายด้าน

ข้อที่	การดำเนินงานตามรูปแบบ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1	การออกแบบระบบการบริการสุขภาพ	4.73	0.64	มากที่สุด
2	การจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ	4.50	0.78	มาก
3	การสนับสนุนการตัดสินใจ	4.10	0.48	มาก
4	สนับสนุนการจัดการตนเอง	4.07	0.45	มาก
5	การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	4.27	0.69	มาก
	ภาพรวม	4.35	0.33	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.35$, $SD=0.33$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุดคือ การออกแบบระบบการบริการสุขภาพ ($\bar{X}=4.73$, $SD=0.64$) รองลงมาคือค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุดคือ การจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ ($\bar{X}=4.50$, $SD=0.78$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในระดับมากที่สุดคือ สนับสนุนการจัดการตนเอง ($\bar{X}=4.07$, $SD=0.45$).

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ จำแนกตามระดับความรู้ เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์

ระดับความรู้	ก่อน (n=56 คน)		หลัง (n=56 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (ตอบถูก 0-11 ข้อ)	26	46.43	4	7.14
ปานกลาง (ตอบถูก 12-15 ข้อ)	19	33.93	32	57.14
สูง (ตอบถูก 16 ข้อขึ้นไป)	11	19.64	20	35.71

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนดู่ ผู้รับบริการมีคะแนนความรู้เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 46.43 มีความรู้

ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 33.93 และมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 19.64 หลังการพัฒนารูปแบบฯ มีความรู้ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 และมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ก่อนและหลังพัฒนาแบบฯ

ความรู้เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	$\bar{X}$	SD	n	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	11.63	3.51	56	4.84	0.00*
หลังการพัฒนา	16.47	2.36	56		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการจัดการบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ พบว่า ภายหลังการพัฒนาแบบการจัดการบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผู้รับบริการมีความรู้เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

3.2 ผู้รับบริการได้รับการดูแลสนองตอบความต้องการและมีความพึงพอใจต่อบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตูม ในระดับมาก (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ (n=56)

ข้อที่	รายการ	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
1	ความพึงพอใจสถานที่คลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	3.93	0.45	มาก
2	ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	4.20	0.41	มาก
3	ความพึงพอใจต่อขั้นตอนให้คำปรึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์	4.40	0.50	มาก
4	บริการที่ได้รับจากคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ตอบสนองความต้องการรับบริการ	4.37	0.56	มาก
5	ความสะดวกในการเข้ารับบริการ	4.17	0.46	มาก
	รวม	4.21	0.48	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ รพ.สต.บ้านโนนตู โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.21$, $SD=0.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความพึงพอใจต่อขั้นตอนให้คำปรึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ($\bar{X}=4.73$, $SD=0.64$) รองลงมามีค่าเฉลี่ยระดับมากคือ การจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ ($\bar{X}=4.50$, $SD=0.78$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในระดับมากคือ สนับสนุนการจัดการตนเอง ($\bar{X}=4.07$, $SD=0.45$)

3.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบของผู้ให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ รพ.สต.บ้านโนนตู พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.10$, $SD=0.43$)

3.4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ 1) ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เพื่อแนะนำขั้นตอนการรับบริการ ตลอดจนข้อมูลด้านอื่นๆ 2) ควรจัดให้มีเอกสารประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมเพื่อความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ให้ได้รับทราบข้อมูลได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น 3) ควรเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และ 4) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาและพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนตู เป็นพื้นที่นำร่องในการปลูกกัญชาทางการแพทย์ ประชาชน/ผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียง มีความสนใจและต้องการใช้บริการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ และมีความคาดหวังต่อการรักษาด้วยสารสกัดกัญชา แต่ปัจจุบันการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต้องตรวจรักษาโดยแพทย์ และจ่ายยาโดยเภสัชกร ส่วนการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เป็นการให้บริการรวมกับบริการกับคลินิกบริการทั่วไป

การพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์มีขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย 1) การออกแบบระบบการบริการสุขภาพ โดยพัฒนากระบวนการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ด้วยการปรับปรุง Clinical practice guideline พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยปรับปรุงแบบบริการ สนับสนุนความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและเครือข่ายบริการสุขภาพ 2) การจัดระบบฐานข้อมูลสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจัดทำทะเบียนผู้รับบริการ ให้ครบถ้วนเป็น ปัจจุบันเชื่อมโยงผลลัพธ์ตัวชี้วัดกับฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health data center: HDC) เชื่อมโยงฐานข้อมูลงานบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ (JHCIS) กับฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ โดยจัดทำแนวปฏิบัติ/แนวทางการดูแลรักษา ร่วมกับพัฒนาความรู้ทักษะในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ การสร้างเครือข่ายในการสื่อสารร่วมกับทีมสุขภาพผู้ให้คำปรึกษาผ่านช่องทาง Line application โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย 4) สนับสนุนการจัดการตนเอง 5) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เป็นการปรับปรุงงานโดยมุ่งเน้นที่จะลดขั้นตอนในการทำงานเพื่อให้ได้ทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงขึ้น เป็นการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องผสมผสาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทำงานง่ายขึ้น ผู้รับบริการสะดวกขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ทุกคน มีส่วนร่วมในการแสวงหาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อปรับปรุงวิธีการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีขึ้นอยู่เสมอ

รูปแบบการจัดบริการฯ ที่พัฒนาขึ้นมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อคัดกรอง ให้ความรู้ และติดตามผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 2) เพื่อลดการใช้สารสกัดกัญชาในทางที่ผิด อันจะส่งผลต่อสภาวะร่างกาย จิตใจ การเข้าสังคม และเศรษฐกิจ 3) สนองตามนโยบายการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพื่อช่วยการรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิต และการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเฉพาะโรค ระบบการบริการประกอบด้วย 1) การคัดกรอง/ให้คำปรึกษา 2) การส่งต่อเพื่อจ่ายการใช้สารสกัดกัญชาทาง 3) การติดตามผลการรักษา สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนารูปแบบคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ ของกรมการแพทย์⁽⁷⁾ ที่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นต้นแบบคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา หรือข้อสงสัยในการใช้สารสกัดกัญชาในการรักษาโรค/ ภาวะของโรค หรือมีความประสงค์ที่จะใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคของตนเองสามารถขอเข้ารับการรักษาได้ โดยขั้นตอนในคลินิกให้คำปรึกษา ประกอบด้วย จุดลงทะเบียน จุดคัดกรอง จุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ จุดพบแพทย์ และจุดจ่ายยา

ส่วนผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนคู่ พบว่า ผู้รับบริการได้รับการดูแลสนองตอบความต้องการภายหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผู้รับบริการมีความรู้เรื่องการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) และมีความพึงพอใจต่อการบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในระดับมาก ส่วนผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุวิมล คำย้อย⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกอเกอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี พบว่าความพึงพอใจของผู้มารับบริการอยู่ระดับพึงพอใจมาก เป็นผลมาจากการออกแบบและปรับระบบบริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพ ทำให้ประชาชนเกิดความประทับใจและพึงพอใจในบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาวิณี อ่อนมุข⁽⁹⁾ ที่ศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ในหน่วยบริการของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีระดับความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้านและมีระดับความพึงพอใจในการให้บริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เพื่อนำขั้นตอนการรับบริการ ตลอดจนข้อมูลด้านอื่นๆ ให้มีเอกสารประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมเพื่อความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ให้ได้รับทราบข้อมูลได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น และควรเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งปัจจุบันการศึกษาวิจัยและหลักฐานที่มีคุณภาพ

ซึ่งสามารถสนับสนุนความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการใช้กัญชาทางการแพทย์มีอยู่จำกัดแต่มีรายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์จำนวนมากในต่างประเทศและผู้ป่วยจำนวนมาก ในประเทศมีความปรารถนาที่จะใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 มีบทบัญญัติเพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้จำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 แก่ผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการรักษาภายใต้การดูแลควบคุมและการให้คำแนะนำของแพทย์ผู้ได้รับอนุญาต เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและให้กระทำได้อย่างใกล้ชิดโดยคำนึงถึงความต้องการของคนไข้ ภาวะของโรคคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับของผู้ป่วยแต่ละรายแต่ละกรณีไป การเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย โดยทีมงานที่ผ่านการอบรมได้รับประกาศนียบัตร จึงสอดคล้องกับความต้องการของคนไข้ เพื่อให้คนไข้ได้เข้าถึงสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพปลอดภัยและได้รับการรักษาติดตามควบคุมอาการของโรคและภาวะของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทีมงานได้ร่วมเรียนรู้ติดตามอาการข้างเคียงไปพร้อมๆ กับคนไข้ ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติต่อไป⁽¹⁰⁾

โดยสรุป รูปแบบบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง/ให้คำปรึกษา 2) การส่งต่อเพื่อจ่ายการใช้สารสกัดกัญชาทาง 3) การติดตามผลการรักษา ทำให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สนองตอบความต้องการ เกิดความพึงพอใจ ควรมีการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

ควรเพิ่มศักยภาพโดยการฝึกอบรมบุคลากร อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ให้การบริการมีคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระบวนการทำงานควรเน้นการติดตามประเมินผลทั้งด้านผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และการเชื่อมต่อข้อมูลไปสู่ชุมชน ควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ และควรสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการเป็นระยะๆ เพื่อทราบถึงความต้องการของผู้ให้บริการ โดยนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการให้บริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของผู้ให้บริการ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2 ควรวิจัยและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแนวทางในการที่จะใช้เป็นรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกอื่นๆ ต่อไป

2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบการจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ กับสถานบริการอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์. ประสบการณ์การใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระดับประคอง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2563;3(1):29-35.
2. สุริยัน บุญแท้. สรุปผลการศึกษา “โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และ การใช้แบบสันตนาการ: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤษภาคม 22]. เข้าถึงได้จาก: <https://cads.in.th/cads/content?id=102>.
3. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. กฎหมายจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล. ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร; 2560.
4. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
5. Kuder GF, Richardson MW. The theory of estimation of test reliability. Psychometrika 1937; 2:151-60.
6. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951; 16:297-334.
7. กรมการแพทย์. รูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2562.
8. สุวิมล คำอ้อย. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยก อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยก; 2555.
9. ภาวิณี อ่อนมุข, ศุภลักษณ์ พักคำ. ความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12 2564;1(12): 742-52.
10. เอื้อมพา กาญจนรังสีชัย. การจัดตั้งคลินิกกัญชากับความปรารถนาของคนไข้ (ปฐมบท). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2563;3(1):21-8.

ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สุริพร กัฬะสุต^๑, พนิดา เชียงทอง^{*}, สุรัชชา พงษ์ปรสุวรรณ์^{**},
นุชมาศ แก้วกุลชล^{***}, ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง^{****}

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความเครียดสูง ซึ่งการลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ขณะนอนโรงพยาบาลนั้นสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสิ่งก่อความเครียดขณะพักรักษาในโรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนกำหนดคลอด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91 ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$) และมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.009$) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้นำโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อลดความเครียดและสามารถตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล; การสนับสนุนทางสังคม;
ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด; ความเครียด; หญิงตั้งครรภ์

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

^{***} อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

^{****} อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^๑ ผู้เขียนหลัก: สุริพร กัฬะสุต Email: dec_goy2012@hotmail.co.th

รับบทความ: 16 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 21 ธ.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 21 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 1 ม.ค. 65

Effects of Antepartum Stressors Reduction Program and Social Supports on Stress and Gestational Age at Birth among Pregnant Women with Preterm Labor in Labor Room, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Sureeporn Gunhasuit^a, Panida Chiangtong^{*}, Suratchana Pongporasuwan^{**},
Nuchamart Gaewgoontol^{***}, Sujirat Srithongluang^{****}

Abstract

As symptoms of preterm labor are considered threatening to pregnancy, women who are at risk for such conditions need to be monitored in the hospital. This evidently increases their stress level, which consequently contributes to a higher risk of preterm birth. Effective stress-relieving strategies are, therefore, the key to prevent complications of pregnancy. This quasi-experimental research evaluated pre-post changes between two groups of pregnant women with preterm labor while in the hospital to assess the effectiveness of antepartum stressors reduction program and social support on stress and gestational age at birth. The subjects, 54 women with preterm labor, were divided into two groups (27 each) and selected to be the samples of this study. Instruments used in this study were: 1) antepartum stressors reduction program and social supports and 2) the Antepartum Hospital Stressors Inventory (AHSI) with Cronbach's alpha coefficient of 0.91. The study was conducted between December 2020 and September 2021. The data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The study found that the average stress level among subjects in the experimental group was significantly lower than that those in the control group at 0.05 significant level ($p=0.001$). Additionally, the experimental group was able to continue pregnancy with a significantly higher average length of pregnancy when compared to the control group at 0.05 significant level ($p=0.009$). The results confirmed that this maternal stressor reduction

^{*} Registered Nurse, Senior Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

^{***} Instructor, Department of Maternal-Newborn Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

^{****} Instructor, School of Family Health and Midwifery Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

^a Corresponding author: Sureeporn Gunhasuit Email: dec_goy2012@hotmail.co.th

Received: Dec. 16, 21; Revised: Dec. 21, 21; Accepted: Dec. 21, 21; Published Online: Jan. 1, 22

program is effective in preventing preterm labor and should be recommended for nurses, midwives, and other health professionals who care for mothers and newborns to prevent premature births and improve the likelihood of full-term pregnancies.

Keywords: Antepartum stressors reduction program; Social supports; Preterm labor pain; Stress; Pregnant women

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสูติศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก⁽¹⁾ ในปัจจุบันอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 11.53 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 12.70 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่สูงเป็นลำดับที่ 2 ของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้^(2,3) จากอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานและกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงร้อยละ 10 เทียบจากปีที่ผ่านมาหรือน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 11⁽⁴⁾ ทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดในหลายจังหวัดมีแนวโน้มลดลง แต่ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2562 อัตราการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมากลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ จึงแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องติดตามและยังคงมีแนวโน้มที่อุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้น

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียด เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด^(6,7) โดยความเครียดกระตุ้นให้ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ สร้างสารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ส่งผลให้มดลูกเกิดการหดตัวมากขึ้น⁽⁸⁻¹¹⁾ และหญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ สาเหตุของการเจ็บครรภ์ และต้องได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์⁽¹²⁻¹⁴⁾ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเฉลี่ย 5-7 วัน^(15,16) ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัว ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจจากผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก จนอาจทำให้เกิดความท้อแท้ในการรักษา^(13,17-19) การถูกจำกัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง^(18,20) หญิงตั้งครรภ์จึงประเมินการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นภาวะคุกคามต่อตนเอง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์^(18,20) ซึ่งความเครียดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้ หญิงตั้งครรภ์จึงเจ็บครรภ์คลอดมากยิ่งขึ้นและมีโอกาสเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดได้สูง⁽⁸⁻¹¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า ความเครียดโดยส่วนใหญ่เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล^(15,21-23) เกิดในขณะที่หญิงตั้งครรภ์พักรักษาตัว จากการศึกษาของ White & Ritchie⁽²¹⁾ พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เกิดจากสิ่งก่อความเครียด 7 ด้าน ได้แก่ 1) การแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด

2) สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล 3) ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 5) การเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง 6) สภาพครอบครัว/ การทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัว และ 7) ภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยสิ่งก่อความเครียดในด้านการแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิดและด้านภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียดมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจุบันของ วิภาภรณ์ ตีปาละ⁽¹⁵⁾ และการศึกษาล่าสุดของ Ucar & Pinar⁽²³⁾

หน่วยงานห้องคลอด มีขอบเขตการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีแนวทางการรักษา โดยการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกและยากระตุ้นปอดทารก⁽¹⁴⁾ โดยเฉลี่ยประมาณ 5-7 วัน หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสติดต่อญาติผ่านการคุยโทรศัพท์ของหน่วยงานได้ 2-3 ครั้ง แต่ไม่ได้รับอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติ จึงได้มีการศึกษาการลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการใช้อินเทอร์เน็ตเคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารกับครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารสามารถลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์เป็นการสื่อสารผ่านการพูดคุย ตอบสนองทางด้านเสียง ไม่สามารถเห็นอาการปฏิกิริยาของผู้สื่อสาร จึงไม่อาจทดแทนความรู้สึกการถูกแยกจากครอบครัว จึงทำให้ความเครียดในด้านภาวะอารมณ์และการแยกจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ยังคงอยู่ ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวหรือจากสังคม (Social supports) จึงมีส่วนสำคัญในการลดความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด^(17,18,20,24,25)

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดของ White & Ritchie⁽²¹⁾ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลและสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ได้เข้าเยี่ยมหรือเข้ามามีส่วนร่วมในการพยาบาล เพื่อลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรถ์ต่อได้จนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด ลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกแรกเกิดเสียชีวิต และการสูญเสียงบประมาณสุขภาพจากการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังเป็นการเสริมสร้างบทบาทอิสระทางการพยาบาลผดุงครรภ์และพัฒนาางานบริการการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอายุครรภ์เมื่อคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดของ White & Ritchie⁽²¹⁾ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล โดย White & Ritchie⁽²¹⁾ เชื่อว่า ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และความเป็นอยู่ของครอบครัว รวมทั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสถานการณ์วิกฤตที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นจากสิ่งก่อความเครียด 7 ด้าน และ House⁽²⁶⁾ มีความเชื่อว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เมื่อสามารถจัดการและลดความเครียดลงได้ ก็จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิต โดยสามารถแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ดังนั้นโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจึงประกอบไปด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดการลดความเครียดในแต่ละด้าน ประกอบการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเชื่อว่า เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมแล้ว จะมีความเครียดลดลง และสามารถตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอดโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จำนวน 1,069 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่สูติแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและต้องเข้ารับการรักษาภาวะดังกล่าว ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 54 ราย ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี 2) มีอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ 3) ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 4) ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตหรือกำลังรักษารับยาทางจิตเวช 5) มีระดับความเครียดตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป

โดยใช้แบบวัดความเครียดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) ของ Janice⁽²⁷⁾ 6) ได้รับการรักษาด้วยยาขับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 7) เข้ารับการรักษากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นครั้งแรก และไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด และ 8) มีบุคคลในครอบครัวที่สามารถเข้าเยี่ยมได้ตามเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) เมื่อแรกรับปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไป 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำเดิน ภาวะสายสะดือย้อย ภาวะ Fetal distress เป็นต้น และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ครบขั้นตอน (3 วัน) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ครบขั้นตอน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลใหม่จนครบตามจำนวน ทั้งนี้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกคัดออกจากการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะไม่ดำเนินการเก็บข้อมูลซ้ำอีก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis)⁽²⁸⁾ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (1- β) เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size) คือ 0.5 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁽²⁹⁾ 3.1.9.2 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 ราย ดังนั้นในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย และกลุ่มควบคุม 27 ราย รวมทั้งหมด 54 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดของ White & Ritchie⁽²¹⁾ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความง่ายของเนื้อหาและการนำไปใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 3 วัน ซึ่งในแต่ละวันประกอบด้วยแผนกิจกรรมดังนี้

1) **กิจกรรม “สานสายสัมพันธ์”** เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดด้านการแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด (Separation) และด้านสภาพครอบครัว/ การทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (Family status) พร้อมทั้งเป็นการสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์) จากบุคคลในครอบครัว ให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยกำหนดให้บุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เข้าเยี่ยมเพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัว ลดความรู้สึกการถูกแยกจาก ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีโอกาสนำหน้าที่สมาชิกในครอบครัว

2) **กิจกรรมตกแต่งสถานที่** เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล (Environment) โดยผู้วิจัยจัดพื้นที่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยแยกออกจากพื้นที่ห้องรอคลอด และจัดสภาพแวดล้อมภายในให้มีความผ่อนคลายมากที่สุด เพื่อลดสิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม จัดให้มีสื่อให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ทีวีและเครื่องเล่นวิดีโอสำหรับฉายวีดิทัศน์การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้กับหญิงตั้งครรภ์ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านทรัพยากร)

3) กิจกรรม “เข้าใจอาการ” และกิจกรรม “การรับมือกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดด้านภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Health status) และความเครียดด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ (Communications) โดยผู้วิจัยแจ้งอาการปัจจุบัน แผนการรักษาของแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับในแต่ละวัน จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการหดตัวของมดลูก วิธีการลดความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียด โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย หลีกเลียงศัพท์ทางการแพทย์ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านข้อมูลข่าวสาร) และมอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้กับหญิงตั้งครรภ์ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านทรัพยากร) พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวได้ซักถามถึงข้อสงสัย เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้วผู้วิจัยสอบถามถึงแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หากหญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยให้คำชมเชยและให้กำลังใจ แต่หากยังไม่สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมทั้งส่งเสริมและให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านการประเมินค่าและด้านอารมณ์)

4) กิจกรรม “Relax” เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image) และด้านภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ (Emotions) โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีส่วนร่วมวางแผนในการทำกิจกรรมการพยาบาล โดยให้เป็นผู้เลือกกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยตนเอง จัดเว้นการจำกัดกิจกรรม ส่งเสริมให้สามารถเคลื่อนไหวได้ตามต้องการ (ยกเว้นในกรณีที่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์) และหากมีกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ผู้วิจัยอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบทุกครั้งก่อนที่จะทำกิจกรรมการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุยถึงความต้องการขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ซักถามถึงข้อสงสัย รวมถึงความรู้สึกที่อาจไม่เป็นไปตามความคาดหวัง พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ (การสนับสนุนทางสังคม: ด้านอารมณ์จากบุคลากรทางการแพทย์)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลด้านสูติกรรม

2.2) แบบวัดความเครียดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ของ Janice⁽²⁷⁾ โดยเครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลขจาก 0-10 ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ในการคัดกรองระดับความเครียด ณ ช่วงเวลานั้นๆ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้หญิงตั้งครรภ์ทำเครื่องหมายกากบาท (X) บริเวณเส้นตรง ค่า 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดเลย ค่า 10 คะแนน หมายถึง มีความเครียดมากที่สุด

2.3) แบบประเมินสิ่งก่อความเครียดขณะพักรักษาในโรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนกำหนดคลอด (The Antepartum Hospital Stressors Inventory: AHSI) ของ สุรشنا พงษ์ปรัสวรรณ⁽¹⁶⁾ มีเนื้อหาเป็นแบบประเมินความเครียดที่เกิดจากสิ่งก่อความเครียดในโรงพยาบาลทั้ง 7 ด้าน มี 45 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละด้าน 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง สิ่งก่อความเครียดนั้นตรงกับความรู้สึกของ

หญิงตั้งครรภ์น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย ส่วน 4 คะแนน หมายถึง สิ่งก่อความเครียดนั้นตรงกับความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด แปลผลจากคะแนนรวมทั้งหมด หาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α coefficient) ได้เท่ากับ 0.91

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้เวลาทั้งหมด 9 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 27 ราย เมื่อครบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลอง จำนวน 27 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการวิจัย และป้องกันการเกิดปัญหาจริยธรรม เกิดความไม่เท่าเทียมในการได้รับ Intervention ดังกล่าว

1. **กลุ่มควบคุม (Control group)** คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตติดต่อสอบถามอายุครรภ์เมื่อคลอดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน AHSI ครั้งที่ 1 ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ มีการประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลความสุขสบายทั่วไป และให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการรักษาของแพทย์ ญาติสามารถโทรศัพท์เข้ามาสอบถามอาการได้ แต่ไม่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม (วันที่ 3) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมิน AHSI ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือก่อนย้ายขึ้นหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์

2. **กลุ่มทดลอง (Experimental group)** คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการพยาบาลปกติ กำหนดระยะเวลาดำเนินการในระหว่างวันที่ 1-3 ของการนอนโรงพยาบาล โดยในวันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตติดต่อสอบถามอายุครรภ์เมื่อคลอดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน AHSI ครั้งที่ 1 ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจนถึงวันที่ 3 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมิน AHSI ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือก่อนย้ายขึ้นหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์

3. เมื่อหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดต่อสอบถามอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ โดยตรวจสอบซ้ำจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลและสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้าบันทึกการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลดังกล่าวมาลงรหัส พร้อมทั้งทำการตรวจสอบข้อมูลซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการลงบันทึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ วิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Independent t-test, Chi-square test หรือ Fisher's exact test 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ

Independent t-test 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 156/2020 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการยกเลิกและถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 อายุระหว่าง 20-29 ปี อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 26.11 ปี ($SD=4.55$) และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 27.26 ปี ($SD=4.82$) หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ และมากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 50 ประกอบอาชีพแม่บ้าน มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21,240 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ลักษณะครอบครัวเป็นทั้งครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 50 ต้องมีการะับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ข้อมูลทางสูติกรรม

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 28-32 สัปดาห์ ร้อยละ 33.30 มีอายุครรภ์ $32^{+1}-34^{+6}$ สัปดาห์ ถึงร้อยละ 66.70 โดยอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 32.11 สัปดาห์ ($SD=1.48$) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 31.56 สัปดาห์ ($SD=1.99$) ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 63 ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 96.30 ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 87.05 มีความตั้งใจมีบุตร อาการเมื่อแรกพบพบว่า ร้อยละ 48.15 ปากมดลูกเปิด 1-2 เซนติเมตร ร้อยละ 51.85 ปากมดลูกไม่เปิดแต่มีการหดตัวของมดลูก และมีอาการเจ็บครรภ์คลอดมาเอง ร้อยละ 53.70 แนวทางการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ คือการจำกัดกิจกรรมบางส่วน คิดเป็น ร้อยละ 96.29 และการได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก พบว่า ร้อยละ 48.10 ของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับยา Pethidine ร้อยละ 46.29 ได้รับยา Nifedipine ร้อยละ 40.80 ได้รับยา 2 ชนิด คือ Nifedipine และ Pethidine ส่วนจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.10 นอนโรงพยาบาลประมาณ 3 วัน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทางสูติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระดับสูง (Mean=93.67, SD=24.39) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระดับปานกลาง (Mean=86.07, SD=18.62) แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.204$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะของความเครียดก่อนการทดลองที่คล้ายคลึงกัน และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=58.93, SD=24.10) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (Mean=83.33, SD=28.02) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ของการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=54$)

คะแนนความเครียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	93.67	24.39	86.07	18.62	-1.286	0.204
หลังการทดลอง	58.93	24.10	83.33	28.02	3.431	0.001*

* $p<0.01$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองเป็นรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=54$)

การประเมินความเครียดรายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
- การเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง	9.26	3.90	13.93	5.22	3.720	0.000*
- สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล	11.18	5.03	15.74	5.34	3.227	0.002*
- การแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด	9.52	4.34	13.26	4.39	3.147	0.003*
- การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ	6.56	3.46	10.15	4.83	3.142	0.003*
- สภาพครอบครัว/การทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัว	3.78	2.06	5.81	2.77	3.062	0.003*
- ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์	12.56	5.15	17.03	5.91	2.967	0.005*
- ภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์	4.59	2.51	7.41	4.52	2.829	0.007*

* $p<0.01$

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดที่ 36.96 สัปดาห์ (SD=1.74) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดที่ 34.41 สัปดาห์ (SD=0.44) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{52}=-2.697$, $p=0.009$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=54)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด	36.96	1.74	35.41	2.44	-2.697	0.009*

* $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมแล้ว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$) และมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t_{52}=-2.697$, $p=0.009$) นั่นคือ โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียดลดลงและสามารถตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดได้มากขึ้น ซึ่งการที่โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียดลดลง สามารถอธิบายได้ว่า เกิดเนื่องจากการส่งเสริมกิจกรรมของผู้วิจัย ที่จัดกระทำต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเครียดในแต่ละด้าน ตามแนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดของ White & Ritchie⁽²¹⁾ และการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ โดยสามารถอธิบายจำแนกรายด้าน ได้ดังนี้

ด้านการแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด และด้านสภาพครอบครัว/การทำบาทของสมาชิกในครอบครัว จากการจัดกิจกรรม “สานสายสัมพันธ์” การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัวได้พูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างครอบครัว แม้อาจจะไม่สามารถลดความเครียดจากการต้องถูกพักงานเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการขาดรายได้ แต่การได้พูดคุยและมีกิจกรรมร่วมกันกับบุคคลในครอบครัวช่วยส่งเสริมในด้านการทำหน้าที่บาทบาทสมาชิกในครอบครัว บทบาทของการเป็นภรรยาหรือบทบาทการเป็นมารดา ที่แม้จะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลแต่ก็สามารถทำหน้าที่นี้ได้ในรูปแบบของการให้คำปรึกษาได้ จึงส่งผลให้ค่าคะแนนความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ลดลง (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวได้เข้าเยี่ยมหรือมีกิจกรรมร่วมกัน สามารถลดความเครียดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่พบว่า การสนับสนุนด้านการบริการ การให้สามเ

ญาติเข้าเยี่ยมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁽²⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ($r = 0.58, p < 0.01$)⁽³⁰⁾

ด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล จากการจัดกิจกรรม “ตกแต่งสถานที่” โดยจัดเป็นห้องแยกออกจากพื้นที่ห้องรอลคลอด โดยลักษณะของห้องเป็นห้องปรับอากาศ มีเตียงสำหรับให้หญิงตั้งครรภ์นอนพักจำนวน 2 เตียง มีม่านกันระหว่างเตียง และมีโต๊ะข้างเตียงสำหรับเก็บของใช้ส่วนตัว มีเก้าอี้สำหรับให้บุคคลในครอบครัวนั่งประจำแต่ละเตียง มีการตกแต่งสถานที่ให้มีความผ่อนคลายโดยการติดรูปภาพทิวทัศน์ไว้ในบริเวณห้องพัก และนำอุปกรณ์ทางการแพทย์เก็บไว้เป็นสัดส่วน ไม่วางไว้ข้างเตียง งดการใช้เสียงดังบริเวณห้องพักของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเดิมที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะต้องนอนภายในพื้นที่เดียวกันกับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารอลคลอด ต้องเผชิญกับภาพเหตุการณ์ความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารอลคลอด เมื่อมีการปรับเปลี่ยนสถานที่และจัดกิจกรรมดังกล่าวจึงทำให้ค่าคะแนนความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ลดลง แตกต่างกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรม ที่พบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2) จึงแสดงให้เห็นว่า การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถลดความเครียดด้านสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลได้

ด้านภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และความเครียดด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ จากการจัดกิจกรรม “เข้าใจอาการ” และ กิจกรรม “การรับมือกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” โดยหลังจากการให้กิจกรรมการพยาบาล การสอนสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการหดตัวของมดลูกด้วยตัวของผู้วิจัยเอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกกว่าตนเองได้รับการเอาใจใส่ การได้รับความเอาใจใส่นี้ ก่อให้เกิดความสนใจกับสภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการหดตัวของมดลูก วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยา Nifedipine หรือ Pethidine พร้อมทั้งการกล่าวชมเชยเมื่อหญิงตั้งครรภ์สามารถสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้องจากผู้วิจัย ซึ่งการรับรู้ข้อมูล พร้อมกับการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังกล่าว จึงเป็นผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดลดลง (ตารางที่ 2) เป็นไปตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²⁶⁾ ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์และกิจกรรมการพยาบาล แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถลดความเครียดด้านภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทรจิรา กลมมา และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ให้เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกัน กับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการให้ความรู้

เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและให้คู่มือ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽³¹⁾

ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง และด้านภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์
จากการจัดกิจกรรม “Relax” ให้กับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวและความเครียด โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้เลือกกิจกรรมการผ่อนคลายด้วยตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์เลือกกิจกรรมการพักผ่อน การดูโทรทัศน์ และเทคนิคการนวดหรือลูบหน้าท้อง โดยหญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์สามารถมีอิสระในการทำกิจกรรม ไม่ต้องถูกบังคับให้นอนแต่บนเตียง (Absolute bed rest) หรือการต้องขยับร่างกายเพียง จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่รู้สึกสูญเสียอำนาจและด้อยคุณค่าในตนเอง รวมถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความภาคภูมิใจในตนเอง ลดความรู้สึกของการเป็นภาระของบุคลากรทางการแพทย์และการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ดังนั้นค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเองจึงมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์มีสิทธิ์ในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลรวมถึงการลดการถูกจำกัดกิจกรรม สามารถลดความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเองได้มาก นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุย การรับฟังโดยไม่ตัดสินของผู้วิจัย ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อใจและไว้วางใจ (Trust and time) ที่จะแบ่งปันความรู้สึก แลกเปลี่ยนข้อมูล นำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นอีกหนึ่งบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์⁽³²⁾ โดยหญิงตั้งครรภ์ได้ปรึกษาเกี่ยวกับความกังวลถึงสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยที่ตนไม่ทราบสาเหตุว่าเกิดจากอะไร จึงทำให้มีความวิตกกังวลมาก แต่หลังจากการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกกับผู้วิจัยพร้อมกับที่ผู้วิจัยได้ตอบคำถาม หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าที่ดีขึ้น พูดคุยกับผู้วิจัยมากขึ้นและบอกว่าวิตกกังวลลดลง ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่หญิงตั้งครรภ์ การสร้างสัมพันธ์ภาพหรือการพูดคุยของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงได้⁽²⁵⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ⁽³¹⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการให้รับชมวีดิทัศน์การฝึกผ่อนคลายความเครียด วิธีการฝึกผ่อนคลายความเครียดและให้คู่มือ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้น การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อลดความเครียดทั้ง 7 ด้าน ตามแนวคิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด จึงมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียดลดลงขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทั้งบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ จึงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่ความสามารถในการยับยั้งการคลอดที่ประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอดได้ (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ การส่งเสริมกิจกรรมดังกล่าวยังช่วยส่งเสริมให้พยาบาลผดุงครรภ์ สามารถ

ดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้แบบองค์รวม (Holistic caring process) ให้การดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ซึ่งรวมถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม⁽³³⁾

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด เพื่อส่งเสริมบทบาทอิสระทางการพยาบาลผดุงครรภ์ ลดความเครียดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล: เสนอแนะให้จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการศึกษาวิจัย: ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และญาติ หรือศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หรือผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. World Health Organization. Global Preterm birth Estimates [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 9]. Available from: <https://ptb.srhr.org/>
3. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7(1):e37-46.
4. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) Health outcome ตัวชี้วัดกำกับติดตาม: KPI 6 ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กันยายน 9]:[หน้า 469-74]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.104.68/e-insreport/document_summarize.php
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เอกสารประกอบการตรวจราชการกรณีปกติ รอบ 2/2562 วันที่ 5-7 มิถุนายน 2562: คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service plan) หัวข้อ สาขาสูติกรรม [Internet]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กันยายน 9]:[หน้า 285-89]. เข้าถึงได้จาก: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/Region9/region9.htm>
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. *Williams's obstetrics*. (25th). NY: McGraw Hill Education; 2018.
7. Gray BA. A Ticking Uterus: How Nurses Can Identify, Treat and Prevent Preterm Labor. *Nursing for Women's Health* 2006;10(5):380-9.

8. Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun Health* 2007;21(3):343-50.
9. Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth* 2016;16(1):1-8.
10. Oakes MC, Chubiz J, Passafiume O, Bedrick B, England SK, Macones GA, et al. 1125: First trimester stress and depression as risk factors for preterm birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2020;222(1):S692-3.
11. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth* 2015;28(3):179-93.
12. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (The management of preterm labour and preterm premature rupture of membranes) [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กันยายน 9]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtcog.or.th/home/cpg/1380/>
13. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook of obstetrics. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2560.
14. ศิริวรรณ แสงอินทร์. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2557;22(1):27-38.
15. วิภากรณ์ ดีปลาคะ. การเปลี่ยนแปลงสิ่งก่อความเครียดของสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
16. สุรัชณา พงษ์ปสรธรรม. การลดความเครียดโดยการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารกับครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
17. บุญมี ภูด่านจัว, เกื้อพันธ์ กลั่นการดี, ราไฟ เกตุจิระโชติ. ประสบการณ์การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดด้วยภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารการพยาบาล* 2558;30(3):80-97.
18. Maloni JA, Kutil RM. Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2000;25(4):204-10.
19. Walker KF, Thornton JG. Tocolysis and preterm labour. *The Lancet* 2016;387(10033):2068-70.
20. Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H. Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *JOGN Nurs* 2012;41(3):398-407.

21. White M, Ritchie J. Psychological stressors in antepartum hospitalization: Reports from pregnant women. *Matern Child Nurs J* 1984;13:47-56.
22. Pinar SE, Ucar N. Mental health status of the women with risky pregnancies in the hospital and affecting factors. *Int J Caring Sci* 2017;10(3):1426-33.
23. Ucar N, Pinar SE. The hospital stressors and depression, anxiety levels in pregnant women hospitalized due to preterm delivery: A follow-up study. *Perspect Psychiatr Care* 2020;56(2):290-6.
24. อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์* 2562;39(1):79-92.
25. จันทร์จิรา กลมมา, ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร* 2560;44(3):9-18.
26. House JS. *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley; 1981.
27. Buelow JM. A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 1991;23(4):247-52.
28. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2550.
29. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. *G* Power Version 3.1. 9.2*. Schleswig-Holstein, Germany: University of Kiel; 2014.
30. ลักษณา เจริญราษฎร์, ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร* 2560;48(1):222-33.
31. อัญชลี จิตราภิรมย์, จิรภา เสถียรพงศ์ประภา, อารีวรรณ กลั่นกลั่น. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร* 2561;45(4):47-55.
32. Pairman S, McAra-Couper J. *Theoretical frameworks for midwifery practice*. Australia: Elsevier Australia; 2015.
33. Mariano C. Holistic nursing as a specialty: holistic nursing-scope and standards of practice. *Nursing Clinics of North America* 2007;42(2):165-88.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา

พัชรกร คอนจันงค์^{*า}, ดวงจันทร์ จันทรเมือง^{**}, มานะชัย สุรัมย์^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง นักศึกษาหลักสูตรแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ตามเป้าหมายด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวน 30 คน ระยะที่ 2 ใช้รูปแบบและเครื่องมือการวิจัยจากระยะที่ 1 โดยการคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 450 คน และระยะที่ 3 เป็นการประเมินความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด ผลการวิจัยพบว่า การบันทึกสำรวจและคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยงออนไลน์ ผลคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่นิยมนับรับวัคซีน ร้อยละ 97.7 และไม่นิยมนับรับวัคซีน ร้อยละ 3.3 เนื่องจากเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ครบ 2 เข็มแล้ว และพึงทหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน (ร้อยละ 66.7 และ 33.3 ตามลำดับ) ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง มีความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง นักศึกษาหลักสูตรแพทย์และสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1 จังหวัดนครราชสีมา คิดเป็นร้อยละ 98.8 จากผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดดังกล่าวทำให้เพียงพอต่อการเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ในกลุ่มเป้าหมาย (Herd immunity) เพราะมีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 สามารถป้องกันการเกิดการระบาดของโรคหัดในกลุ่มนักศึกษาหลักสูตรแพทย์และสาธารณสุข และป้องกันการติดเชื้อโรคหัดในสถานพยาบาลได้ สิ่งที่ได้จากผลวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน และการวางระบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชนิดอื่นๆ ในกลุ่มเป้าหมายต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค; โรคหัด; นักศึกษา

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

** เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

*** นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

^า ผู้เขียนหลัก: พัชรกร คอนจันงค์ Email: papart2011@gmail.com

รับบทความ: 10 พ.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 23 ธ.ค. 64; ตอรับตีพิมพ์: 23 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 1 ม.ค. 65

A Model Development for Measles Vaccine Immunization in Risk groups in Nakhon Ratchasima Province

Patcharaporn Khonjamnong^{*a}, Doungjun Chanmuang^{**}, Manachai Sureram^{***}

Abstract

The purpose of the study was to develop a model for measles vaccination in risk groups of medical and public health students in Nakhon Ratchasima province according to the target of eliminating measles within 2020 using 3 phases of action research. Phase 1 was the development of the model. The samples were consisted of 30 public health officers who were in charge of maintaining the quality of immunization. Phase 2 was the implementation of the research model and tools developed in phase 1 by pre-vaccination screenings for measles. The samples were consisted of 450 first-year students studying at educational institutions or universities in Nakhon Ratchasima province. Phase 3 was the assessment of the measles immunization coverage. The results from the online surveys and screening of target groups for measles immunization showed that the vast majority (97.7%) of students agreed to receive vaccination. About 3.3% disagreed to get vaccination due to the fact that had already received 2 doses of vaccine (66.7%) or had just recovered from acute illnesses fewer than 7 days (33.3%). The results of the model development for measles vaccination in risk groups showed that it could cover measles vaccination among risk groups who were the first-year students from medical and public health programs in Nakhon Ratchasima province for 98.8%. The percentage was sufficient to develop herd immunity in the target groups because the coverage of measles vaccination was greater than or equal to 95%. Therefore, it could prevent measles outbreak among the medical and public health students as well as prevent measles infection in hospitals. The results obtained from this research can be further utilized in planning, designing the system, and developing the immunization with other types of vaccines in the target groups.

Keywords: Model development; Immunization; Measles; Students

^{*} Public Health Technical Officer, Professional Level, The 9th Office of Disease Prevention and Control

^{**} Pharmacist, Senior Professional Level, The 9th Office of Disease Prevention and Control

^{***} Public Health Technical Officer, Practitioner Level, The 9th Office of Disease Prevention and Control

^a Corresponding author: Patcharaporn Khonjamnong Email: papart2011@gmail.com

Received: Nov. 10, 21; Revised: Dec. 23, 21; Accepted: Dec. 23, 21; Published Online: Jan. 1, 22

บทนำ

โรคหัดเกิดจากเชื้อไวรัสหัด (Measles virus) สามารถติดต่อได้โดยการหายใจสูดเอาฝอยละอองเสมหะที่ผู้ป่วยไอหรือจามรดกัน และเชื้อหัดยังสามารถแพร่กระจายทางอากาศ (Airborne transmission) ระยะฟักตัวประมาณ 8-12 วัน จากวันที่สัมผัสโรคจนถึงมีอาการและประมาณ 14 วัน โดยเฉลี่ยจากวันที่สัมผัสโรคจนถึงมีผื่นเกิดขึ้น สามารถพบได้ในคนทุกวัยที่ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคหัด ถึงแม้จะมีอัตราป่วยตายต่ำแต่เป็นอันตรายสำหรับเด็กทารกทั่วไปหรือเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด โรคหัดที่มีอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม อูจจาระร่วง หากได้รับการรักษาล่าช้า อาจทำให้เสียชีวิตได้ โรคหัดเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน⁽¹⁾ โดยเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งมีไทยเป็นหนึ่งใน 11 ประเทศสมาชิกได้มีข้อตกลงในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 63 ใน พ.ศ. 2553 ให้ตั้งเป้าหมายการกำจัดโรคหัดใน (Measles elimination) พ.ศ. 2563 หมายถึง การไม่พบผู้ป่วยโรคหัด ที่ติดเชื้อมาในประเทศ (Endemic measles case) ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 12 เดือนขึ้นไป ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคหัดที่มีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด เป็นการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน (MR/MMR) โดยมีเป้าหมายความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd immunity) ผลของภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นทางอ้อมในกลุ่มประชากรที่ไม่เคยมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดมาก่อน แต่ได้รับผลการป้องกันการติดเชื้อจากกลุ่มประชากรที่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดเพราะเมื่อร่างกายไม่ป่วย เชื้อโรคก็ไม่สามารถเพิ่มจำนวนและแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่นได้อีก สำหรับประเทศไทยนั้นได้ดำเนินการให้วัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 1 แก่เด็กอายุ 9-12 เดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 โดยให้ในรูปวัคซีนหัดชนิดเดียว (Measles: M) และเริ่มให้วัคซีนป้องกันโรคหัด เข็มที่ 2 แก่เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อายุ 7 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 โดยให้ในรูปของวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (Measles Mumps & Rubella: MMR) ต่อมาในปี 2557 ได้มีการเลื่อนการให้วัคซีนเข็มที่ 2 ให้เร็วขึ้นคือจากเด็กอายุ 7 ปี เป็น 2 ปีครึ่ง ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินการให้วัคซีนป้องกันโรคหัดมาเป็นเวลาหลายสิบปีแล้วก็ตาม แต่ยังคงพบผู้ป่วยโรคหัดรายงานผ่านระบบเฝ้าระวังโรคปีละ 1,000-5,000 ราย ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต และยังคงมีการระบาดของโรคหัดเป็นระยะๆ ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กยังต่ำในบางพื้นที่ นอกจากปัญหาดังกล่าวแล้วยังคงพบอีกว่ากลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรคหัดเนื่องมาจากการที่กลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับวัคซีนในวัยเด็ก และหลบรอดการป่วยด้วยโรคหัดในช่วงเวลาที่ผ่านมากลุ่มเหล่านี้หากไม่มีภูมิคุ้มกันและมาอยู่รวมกันในสถาบันการศึกษาและสถานที่ทำงาน⁽²⁾ อาจทำให้เกิดการระบาดของโรคหัดได้

สถานการณ์โรคหัดในประเทศไทยที่ได้รับรายงานผ่านระบบฐานข้อมูลกำจัดโรคหัดออนไลน์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2561 พบว่ามีผู้ป่วยยืนยันโรคหัดรวมทั้งสิ้น 3,000 ราย (อัตราป่วย 50.61 ต่อประชากรล้านคน) โดยพบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,650 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 25.40 ต่อประชากรล้านคน⁽³⁾ ข้อมูลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2555-2561 พบว่าจังหวัดนครราชสีมาเป็นผู้ป่วยโรคหัดมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดบุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ คิดเป็นอัตราป่วย 24.70, 21.1, 18.63 และ 2.64 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยยืนยันโรคหัด 36 ราย (อัตราป่วย 5.3 ต่อประชากรล้านคน) พบว่าอัตราป่วยสูงเกินเกณฑ์การกำจัดโรคหัด และพบผู้ป่วยมากที่สุดในจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-20 ปี รองลงมาคือ 25-34 ปี และ 0-4 ปี การระบาดของโรคหัดในจังหวัดนครราชสีมา

ส่วนใหญ่พบในพื้นที่ที่มีการรวมตัวของคนเป็นจำนวนมาก เช่น ในโรงงาน ค่ายทหาร และโรงเรียน การระบาดเกิดขึ้นในทุกกลุ่มอายุ พบมากอายุ 25-34 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-24 ปี และในเด็กอายุ 0-5 ปี ตามลำดับ⁽⁴⁾

การที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ทำให้เกิดการระบาดของโรคหัด และมีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบดำเนินการกำจัดโรคหัดด้วยการให้วัคซีนในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรหลักสูตรทางการแพทย์และสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1 ในสถาบันการศึกษาจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต แพทย์เภสัชศาสตรบัณฑิต เทคนิคการแพทย์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต และสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาและดำเนินการกำจัดโรคหัดให้สำเร็จ ส่งผลให้ไม่เกิดการระบาดด้วยโรคหัด และมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัดลดลง ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาวะดีขึ้นเป็นกำลังสำคัญของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อคัดกรองกลุ่มเป้าหมายก่อนการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด
3. เพื่อประเมินความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ประกอบด้วย กระบวนการวิจัย 3 ระยะ^(5,6) ดำเนินการระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2561-30 กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระยะการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1

เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งหมด 12 คน ประกอบด้วย เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 4 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขและอาจารย์ที่รับผิดชอบสถาบันการศึกษากลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 3 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3

นักศึกษาหลักสูตรหลักสูตรทางการแพทย์และสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1 ในสถาบันการศึกษาจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 7 แห่ง ดำเนินการศึกษาโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เฉพาะในกลุ่มนักศึกษา คณะทางการแพทย์และสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1 ทุกคน ได้แก่ คณะแพทยศาสตรบัณฑิต แพทย์ เภสัชกรรม เทคนิคการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 7 แห่ง จำนวน 450 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินเชิงคุณภาพ

คู่มือและแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เป็นการรวบรวมข้อมูลในประเด็นของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบสถาบันการศึกษา เกี่ยวกับปัญหา แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดข้อเสนอนะ และสรุปผลที่ได้ลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ปีที่เกิด เพศ มหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยที่ศึกษา และคณะที่กำลังศึกษา
2. แบบคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง
3. แบบประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งการรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง ค้นหาปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากการสืบค้นเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่มระดมสมองเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบสถาบันการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาและออกแบบรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง เป็นการบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนความรู้แนวทางการปฏิบัติการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด กรมควบคุมโรค ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา ประชุมชี้แจงและทดลองการใช้รูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและสรุปรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนครราชสีมา ประเมินผลจากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปีที่เกิด เพศ มหาวิทยาลัย/วิทยาลัยที่ศึกษา และ คณะที่กำลังศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
 - 1.2 ข้อมูลคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การยินยอมรับวัคซีนป้องกันโรคหัด และเหตุผลที่ไม่ยินยอมรับวัคซีนป้องกันโรคหัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

1.3 ข้อมูลผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ความครอบคลุม การได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลปัญหาและแนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง และข้อมูลสรุปรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 1 การศึกษาและออกแบบรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง

ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม ระดมสมอง และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากการสืบค้นเอกสาร วิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา รวมทั้งหมด 12 คน ประกอบด้วย เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 4 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข และอาจารย์ที่รับผิดชอบสถาบันการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย เภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 3 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง และวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้รูปแบบและเครื่องมือการวิจัยจากระยะที่ 1 โดยการคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน สุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ (Purposive sampling) ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาจังหวัดนครราชสีมา หลักสูตรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ หลักสูตรแพทยศาสตร์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ พยาบาลศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา

ใช้แบบประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง และรายงานผลการดำเนินกิจกรรม เพื่อประเมินความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ส่วนการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีเชิงพรรณนาด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ อันตราย หรืออาการที่เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมถึงประโยชน์จากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ฟังอย่างละเอียดก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ และมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยข้อมูลส่วนบุคคลจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาและออกแบบรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง : ระยะนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการทำ Focus groups พบว่า เกิดรูปแบบการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพระหว่างหน่วยงาน

ร่วมกันซึ่งประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด และอำเภอ ร่วมกับอาจารย์จากสถาบันการศึกษา จังหวัดนครราชสีมาหลักสูตรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในวางแผน และการดำเนินงาน มีการจัดทำระบบบันทึกข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับวัคซีนผ่านระบบออนไลน์ และมีเภสัชกรผู้รับผิดชอบคลังวัคซีนเบิกวัคซีนผ่านระบบ Vendor managed inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม และกระจายวัคซีนส่งต่อให้หน่วยบริการภายใต้ระบบลูกโซ่ความที่ควบคุมอุณหภูมิภายใน 2-8 องศาเซลเซียส เพื่อให้วัคซีนคงประสิทธิภาพตลอดเส้นทางจนถึงขณะให้บริการฉีดวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมาย การให้ความรู้ก่อนการฉีดวัคซีน การเตรียมความพร้อมหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน และระบบการบันทึกข้อมูลหลังฉีดวัคซีนออนไลน์

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง และวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย : จากการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด พบว่าส่วนใหญ่เกิด พ.ศ. 2543 (อายุ 19 ปี) และ พ.ศ. 2544 (อายุ 18 ปี) ร้อยละ 64.4 และ 35.6 ตามลำดับ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 และเพศชาย ร้อยละ 15.6 ศึกษาที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ร้อยละ 35.6 ส่วนใหญ่เรียนคณะสาธารณสุขศาสตร์ รองลงมาคือ พยาบาลศาสตร์ แพทยศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 55.6, 22.2, 11.1 และ 11.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด (n=450)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปีที่เกิด		
พ.ศ. 2543	290	64.4
พ.ศ. 2544	160	35.6
เพศ		
หญิง	380	99.7
ชาย	70	0.3
มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย		
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	160	35.6
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา	70	15.6
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา	70	15.6
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล	60	13.3
วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์	30	6.7
วิทยาลัยเทคโนโลยีอาชีวศึกษานครราชสีมา (เอ-เทค)	30	6.7
วิทยาลัยนครราชสีมา	30	6.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด (n=450)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
คณะ		
สาธารณสุขศาสตร์	250	55.6
พยาบาลศาสตร์	100	22.2
แพทยศาสตร์	50	11.1
ทันตแพทย์	50	11.1

ผลคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่ยินยอมรับวัคซีน ร้อยละ 97.7 และไม่ยินยอมรับวัคซีน ร้อยละ 3.3 เนื่องจากเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ครบ 2 เข็มแล้ว และเพิ่งหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน ร้อยละ 66.7 และ 33.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง (n=450)

การคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีน	จำนวน	ร้อยละ
1. ยินยอมรับวัคซีน	435	97.7
2. ไม่ยินยอมรับวัคซีน	15	3.3
- เหตุผลที่ไม่ยินยอม: เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดครบ 2 เข็ม	10	66.7
- เหตุผลที่ไม่ยินยอม: เพิ่งหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน	5	33.3

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง : พบว่า จากผลการศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มเสี่ยง เกิดความครอบคลุม การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดมากขึ้น โดยจากการคัดกรองประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดพบผู้ที่เคย ได้รับวัคซีนเพียง 10 คน จากนักศึกษาทั้งหมด 450 คน (คิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ 22.2) หลังจากมี การจัดรูปแบบการให้วัคซีนป้องกันโรคหัดในนักศึกษาที่ยังไม่ได้รับวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 97.7 และเมื่อรวมกับ นักศึกษาที่มีประวัติได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดแล้วทำให้ความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 98.9 ซึ่งเพียงพอต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคหัด (ความครอบคลุม การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันป้องกันโรคหัด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดในนักศึกษาหลักสูตร
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ชั้นปีที่ 1 จังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลคัดกรองก่อนการฉีดวัคซีน	จำนวน	ร้อยละ
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน	445	98.9
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนจำแนกตามสถาบันการศึกษา		
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	158	98.8
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา	69	98.6
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา	69	98.6
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล	59	98.3
วิทยาลัยเทคโนโลยีพนมวันท์	30	100.0
วิทยาลัยเทคโนโลยีอาชีวศึกษานครราชสีมา (เอ-เทค)	30	100.0
วิทยาลัยนครราชสีมา	30	100.0

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า เกิดการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีรูปแบบการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพระหว่างหน่วยงาน ร่วมกัน มีการจัดทำการคัดกรองประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดและการให้ความรู้ออนไลน์ หลังจากได้ ดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด ทำให้ในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีระดับความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 98.8 โดยจากการคัดกรอง ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดพบผู้ที่เคยได้รับวัคซีน คิดเป็นความครอบคลุมเพียงร้อยละ 22.2 แต่จาก ผลการพัฒนาแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทำให้มีความครอบคลุมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัด เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 97.7 เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd immunity) ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคหัด ป้องกันการป่วยรุนแรง และที่สำคัญเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปลอดภัยจากโรคหัด⁽⁷⁾

ในปี 2562 เป็นระยะเริ่มแรกของโครงการให้วัคซีนดังกล่าวที่เริ่มดำเนินการ ยังขาด การประชาสัมพันธ์ในสถาบันการศึกษา ระยะเวลาในการชักประวัติการได้รับวัคซีนก่อนการให้วัคซีน มีระยะเวลาน้อย ดังนั้นหากได้รับข้อมูลว่าได้รับไม่ครบ หรือไม่แน่ใจ สำหรับเรื่องการชักประวัติ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดมาก่อน นักศึกษาจำนวนมากไม่สามารถจำประวัติของตนได้ว่าเคยฉีดวัคซีนหรือ เคยเป็นโรคหัดมาก่อนหรือไม่ ความคลาดเคลื่อนหรืออคติ (Bias) อันเนื่องมาจากความทรงจำจึงเป็นสิ่งที่ หลีกเลี่ยงไม่ได้ในบริบทนี้ ข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่งคือ ประวัติการรับวัคซีนที่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น สมุดสัสมพู่ประจำตัวเด็กหรือสมุดสุขภาพประจำตัวนักเรียนไม่มี⁽²⁾ ดังนั้นการให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมายครั้งนี้ จึงให้วัคซีนป้องกันโรคหัดในครั้งนี้ 1 เข็ม เพื่อเป็นการกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคหัด การพัฒนาแบบ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มเสี่ยง ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ผลความครอบคลุมการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคหัดในกลุ่มเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 98.8 ถือว่าเพียงพอต่อการเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ในกลุ่มเป้าหมาย การ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคซึ่งเป็นเครื่องมือ สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนของระบบสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น⁽⁸⁾ โดย

ความสำเร็จของวัคซีนในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนนั้นขึ้นกับองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน (Vaccine coverage) สูง และประสิทธิภาพของวัคซีน (vaccine effectiveness) ดี ซึ่งการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อในกลุ่มเป้าหมายนี้เป็นส่วนหนึ่งในการกำจัดโรคติดต่อของประเทศไทย⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การพัฒนางานโดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและสถานศึกษา ร่วมกัน และการนำระบบออนไลน์มาใช้ในกระบวนการดำเนินงาน การคัดกรอง การให้ความรู้ และการรายงานผลการฉีดวัคซีน ทำให้เกิดความร่วมมือ มีความสะดวกรวดเร็ว ช่วยให้ประสบความสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนี้ควรนำไปขยายผลใช้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่น เช่น โรงงาน เนื่องจากข้อมูลการระบาดของโรคติดต่อที่ผ่านมามีรายงานการระบาดในโรงงานเป็นส่วนใหญ่ และกำหนดให้พนักงานของโรงงานทุกคนต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อก่อนเข้าทำงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการคัดกรองประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อว่าเคยป่วยด้วยโรคติดต่อ หรือ หัดเยอรมันมาก่อนหรือไม่ เพราะหากเคยมีประวัติป่วยเป็นโรคติดต่อมาแล้ว ไม่จำเป็นต้องให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อเพิ่ม เพราะได้รับเชื้อและเกิดภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. กุลกาญญา โชคไพบุลย์กิจ, มุกดา ตฤณานนท์, ศุภมิตร ชุณหสวัณวัฒน์, ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลา. ตำรา วัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
2. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคลินิกวัคซีน ผู้ใหญ่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงาน สถานการณ์โรคติดต่อ ปี 2555-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2561 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <http://dcd.ddc.moph.go.th>
4. งานป้องกันโรคได้ด้วยวัคซีน กลุ่มโรคติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2561.
5. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd edition. Boston: Pearson; 1988.
6. นิกร ดุสิตสิน, ยุพา อ่อนท้วม. หลักการและแนวทางสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารวิจัย วิทยาศาสตร์การแพทย์ 2546;17(2):99-110.
7. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษาและส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคติดต่อตามโครงการกำจัดโรคติดต่อตาม พันธสัญญานานาชาติ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

8. สุชาติ บุญยภากร. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหมู่บ้านที่มีความครอบคลุมการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่ำเขตตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
9. สุภาพร เปี้ยทา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี แก่บุตรหลานของผู้ปกครองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2562 มกราคม 12]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.healthyenrich.com>
10. อรรถพล รินทรัพย์. การพัฒนาระบบการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0-5 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอน ตำบลบ้านดอน อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย (รายงานวิจัย). หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย; 2562.

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

ประเสริฐ สาวิรัมย์^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver-CG) โดยการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ระยะเวลา 1 สัปดาห์ แบ่งเป็น ภาคทฤษฎี 4 วัน และภาคปฏิบัติ 3 วัน เนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย 1) การฟื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน สำหรับผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน 4) การสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ และ 5) การฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่อบรมภาคทฤษฎี ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบสนับสนุนและเสริมพลังจากทีมพี่เลี้ยง และได้รับการกำกับติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และแบบวัดดัชนีชี้วัดความสุข ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 192 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 273 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ ($t=10.193$, $p<0.001$) และมีคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ ($t=20.397$, $p<0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรมีการพัฒนาหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ให้เป็นหลักสูตรต่อยอดในการพัฒนา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความรู้ มีศักยภาพ และทักษะ ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ในอนาคต

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

^{*} สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) สาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

^a ผู้เขียนหลัก: ประเสริฐ สาวิรัมย์ Email: pss_07@hotmail.com

รับบทความ: 11 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 30 ธ.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 30 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 1 ม.ค. 65

Improving Quality of Life among Dependent Elderly through the Development of Health Literacy among Caregivers with ‘Expert Caregiver’ Curriculum, Mueang District, Buriram Province

Prasert Saveeram^{*a}

Abstract

Objectives of this research were to study the effectiveness of and ‘Expert Caregiver’ curriculum for elderly caregivers to improve dependent elderly’s quality of life and happiness index. Caregivers attended the week-long ‘Expert Caregiver’ curriculum which was consisted of 4 days of instructions and 3 days of practices covering topics as follows: 1) standard care for elderly, 2) improving health literacy for elderly, 3) improving elderly’s quality of life, 4) five-dimensional happiness building for elderly, and 5) elderly care practice in all areas. Caregivers who completed the program also received supervisions and empowerment from health care team plus monitoring and evaluation from district health boards (DHB). Instruments used in this study were WHO’s Brief Health Related Quality of Life (WHOQOL) measurement (Thai version) with reliability of 0.84 and happiness index measure with reliability of 0.70. The study was conducted during January and October 2021. The samples included 192 elderly caregivers and 273 dependent elderly. The data were analyzed using paired t-test.

The study showed that, after the intervention, quality of life scores among dependent elderly significantly increased at $p=0.00$ ($t=10.193$, $p<0.001$) and happiness index scores also significantly increased at $p=0.00$ ($t=20.397$, $p<0.001$)

It can be recommended from the results of this study that the ‘Expert Caregiver’ curriculum is effective in improving quality of life and happiness among dependent caregivers under their care. Replications and adaptation of the curriculum in other areas are suggested.

Keywords: Quality of life development; Dependent elderly; Elderly caregiver; Health literacy

^{*} District Public Health Executive (Public Health Technical Officer, Senior Professional Level), Mueang District Public Health Office, Buriram Province

^a Corresponding author: Prasert Saveeram Email: pss_07@hotmail.com

Received: Dec. 11, 21; Revised: Dec. 30, 21; Accepted: Dec. 30, 21; Published Online: Jan. 1, 22

บทนำ

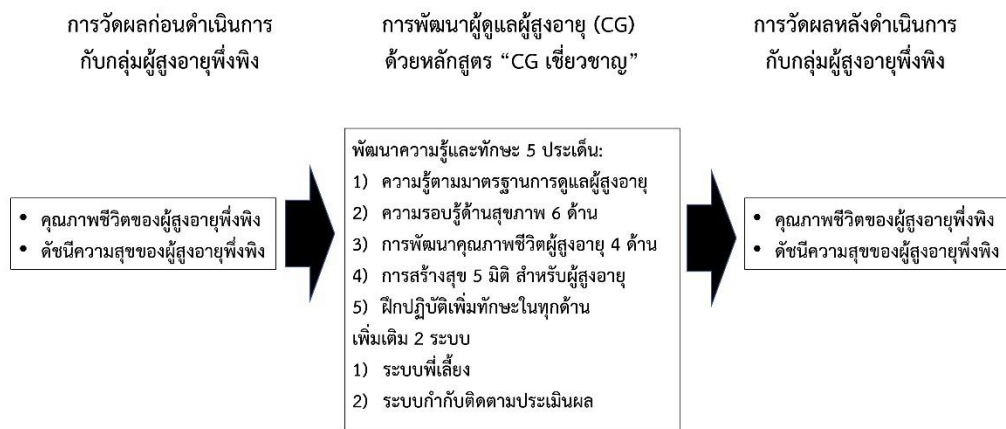
คุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นต้นมา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง คุณภาพชีวิตลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น⁽¹⁾ จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยอันเนื่องมาจากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดและในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 และคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจะสูงถึงร้อยละ 20 ใน พ.ศ. 2564 ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)⁽²⁾ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียง ร้อยละ 1 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแล มีมากถึงร้อยละ 13⁽³⁾ ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาจำนวนมาก ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกส่วนจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง แต่ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลทั่วไป มากกว่าการส่งเสริม คุ้มครอง และสนับสนุน⁽²⁾ จึงทำให้ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดบุรีรัมย์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2563 และสัดส่วนผู้สูงอายุอำเภอเมืองบุรีรัมย์ 3 ปีซ้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2561 ถึงปี 2563 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว⁽⁴⁾ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่รอบด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะที่ครอบคลุมทุกมิติในการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ คือความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้⁽⁵⁾ จากการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเมืองบุรีรัมย์ในปีงบประมาณ 2563 พบว่าประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ยังขาดทักษะ ขาดความมั่นใจ ขาดความเชี่ยวชาญ โดยร้อยละ 52 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าขาดความมั่นใจในการสื่อสารให้ความรู้กับผู้สูงอายุและญาติ ร้อยละ 60 ขาดการเข้าถึงสื่อและข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น และร้อยละ 64 ขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพที่รอบด้าน ทั้งความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดำเนินกิจกรรม ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกมิติ

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพความรู้ของผู้ดูแลให้มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความแตกต่างไปจากการดูแลตามปกติของ Caregiver โดยมีกิจกรรมดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์



ภาพที่ 1 กรอบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง โดยศึกษาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้กระบวนการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ และทักษะที่รอบด้านของผู้ดูแล ร่วมกับระบบพี่เลี้ยงและระบบกำกับติดตามประเมินผล ให้มีกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้ได้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ระยะเวลา 1 สัปดาห์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 4 วัน และภาคปฏิบัติ 3 วัน เนื้อหาหลักสูตรที่จัดให้ Caregiver ประกอบด้วย 5 บท ได้แก่ 1) พื้นฟูความรู้ประยุกต์ใช้หลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ 2) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน^(7,8) 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน 4) การดูแลด้านจิตใจ 5) ฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่อบรมภาคทฤษฎี และเพิ่ม 2 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยง และ 2) ระบบการเสริมพลังกำกับติดตามประเมินผล ในส่วนเพิ่ม 2 ระบบ ใช้วิธีประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽⁹⁾ ในผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ พี่เลี้ยงระดับตำบลและระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จำนวน 368 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 854 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณ เมื่อทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่⁽¹⁰⁾ เมื่อแทนค่าในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 192 คน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 273 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกตำบล และผู้สูงอายุสุ่มจากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุรับผิดชอบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ศึกษาทุกรายอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” หลังจากได้รับการดูแลและวัดประสิทธิผลโดยการวัดคุณภาพชีวิตและดัชนีชี้วัดความสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบ และผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือในการศึกษาข้อมูลทั่วไปและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ โดยประยุกต์จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization's Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีค่าความเที่ยงตรง โดยมีค่า Content validity เท่ากับ 0.65 และมีความเชื่อมั่น (Reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ

0.84 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์คะแนน ดังนี้ คะแนนข้อความทางบวก มากที่สุด เท่ากับ 5, มาก เท่ากับ 4, ปานกลาง เท่ากับ 3, น้อย เท่ากับ 2 และไม่เคยเลย เท่ากับ 1 คะแนน ข้อความทางลบจะให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก ค่าคะแนนเฉลี่ยมีการแปลผล โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ดังนี้ คะแนน 1.0–2.33 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนน 2.34–3.67 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 3.68–5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดี

2. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต⁽¹²⁾

แบบทดสอบนี้ใช้เพื่อประเมินภาวะความสุข เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดจำกัดความของความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 คำถามจะถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง มากที่สุด โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนน ข้อความทางบวก ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน, เล็กน้อย เท่ากับ 1 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน, มากที่สุด เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบจะให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก คะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 35–45 คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คะแนน 28–34 คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และคะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนลงมา หมายถึง มีดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.1 เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย

1.2 ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ

1.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. กระบวนการที่จัดทำสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุได้พัฒนาความรู้ ทักษะเพื่อนำไปดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ 5 บทเรียน” เป็นหลักสูตรที่ได้พัฒนามาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager-CM) ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันพิจารณาว่าเนื้อหาความรู้ที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรประกอบด้วยอะไรบ้างที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้ และทักษะอะไรบ้างที่ต้องฝึกปฏิบัติ และควรมีการสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพ

ที่รอบด้าน จากนั้นจึงรวบรวมเนื้อหาหลักสูตรอบรมจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง หลักสูตรการจัดอบรมใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี บทที่ 1-4 บทละ 1 วัน รวม 4 วัน และภาคปฏิบัติ (บทที่ 5) ใช้เวลา 3 วัน เนื้อหาหลักสูตรมีรายละเอียดดังนี้

ภาคทฤษฎี บทที่ 1-4 และภาคปฏิบัติ บทที่ 5

บทที่ 1 พื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้หลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ เนื้อหาความรู้ประกอบด้วย บทบาทของผู้ดูแล การดูแลเบื้องต้น ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น ทักษะการดูแลช่วยเหลือ เช่น การให้อาหารทางสายยางและการดูแลสายสวนปัสสาวะ การดูแลช่องปาก การดูแลผลกดทับ และการจัดทำ การดูแลเสมหะ การทำกายภาพบำบัดและกายอุปกรณ์ การดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การจัดสภาพแวดล้อม และการจัดการขยะติดเชื้อ เช่น การจัดที่พักอาศัยให้ปลอดภัย การกระตุ้น ป้องกัน และการดูแลภาวะสมองเสื่อม ข้อควรระวังในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การกลืนอาหาร การไข้อา เป็นต้น

หลังอบรมให้ผู้ดูแลดำเนินการดูแลให้ครบตามชุดสิทธิประโยชน์ และตามแนวทางที่กำหนด เช่น ติดตามเยี่ยม ดูแลกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่พบ และตามความจำเป็นในผู้สูงอายุ แต่ละกลุ่ม และรายงานผลต่อ CM ได้แก่ **กลุ่มที่ 1** เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหากลืน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง ให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง, **กลุ่มที่ 2** เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหากลืน หรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง, **กลุ่มที่ 3** เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหากลืน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง, และ **กลุ่มที่ 4** เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหากลืน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

บทที่ 2 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ในเนื้อหาการอบรม^(7,8) ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็น และการรับบริการ (2) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (3) การสื่อสารเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ แนะนำวิธีดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุและญาติ (4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง แนะนำ ข้อดี-ข้อเสีย และให้เลิกปฏิบัติ (5) สอนการใช้สื่อในการสื่อสารตอบโต้ ประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อ เพื่อความรู้ด้านสุขภาพ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การแนะนำทางเลือกในการดูแลสุขภาพโดยให้ผู้ดูแล สื่อสารความรู้ 6 ด้าน แก่ผู้สูงอายุ และญาติอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

บทที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจ

3.1 ด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาสุขภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ และตามแนวทางการดูแล ได้แก่ ดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัย เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสุขภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลอย่างถูกต้อง การส่งต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น ความถี่ของการให้บริการดูแล ตามความจำเป็นในแต่ละกลุ่ม

3.2 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ดูแลผู้สูงอายุชักชวนเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. หรือผู้สูงอายุด้วยกันเอง มาร่วมเยี่ยมให้กำลังใจร่วมด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า

3.3 ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล ร่วมกับญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกันปรับสภาพแวดล้อม ภายในและภายนอกบ้านให้เหมาะสม เช่น ทำความสะอาด จัดที่พักให้มีความปลอดภัย จัดการทางต่างระดับ ไฟส่องสว่าง การจัดการขยะ โดยให้ร่วมกันพัฒนาอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

3.4 ด้านจิตใจ ใช้กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ มาประยุกต์ใช้ จัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ 1 ครั้ง แนะนำญาติผู้ดูแลร่วมให้กำลังใจ ชักชวนเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. หรือผู้สูงอายุด้วยกันเอง มาร่วมเยี่ยมให้กำลังใจร่วมด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า

บทที่ 4 การสร้างสุข 5 มิติ เป็นการดูแลด้านจิตใจ โดยมีกิจกรรม 5 ฐาน ให้ผู้ดูแลฝึกและนำไป ปฏิบัติ (กิจกรรม 5 ฐาน ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ) ให้จัดกิจกรรมทุกเดือน โดยจัดที่ชุมชนของผู้สูงอายุ และให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม

บทที่ 5 ฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่وبرมภาคทฤษฎี ใช้ระยะเวลา 3 วัน ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุฝึก ปฏิบัติที่ระดับตำบล โดย CM เป็นผู้ประเมินการฝึกปฏิบัติตามแบบประเมินผล

กิจกรรมเพิ่ม 2 ระบบ (ระบบสนับสนุน และระบบกำกับติดตาม)

1) เพิ่มระบบสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยง โดย CM มอบหมาย กำกับให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการดูแล ครอบครัวทุกราย และดูแลตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย สร้างระบบปรึกษาทางกลุ่มไลน์ จัดหา อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแล ร่วมกับผู้ดูแล

2) ระบบการเสริมพลังกำกับติดตาม ประเมินผล โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽⁹⁾ ในผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 1 วัน ได้แก่ พี่เลี้ยงระดับตำบล ระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) ระดับตำบล โดยให้ นำเสนอสถานการณ์ สภาพปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผนสร้างระบบและสรุปกิจกรรมระบบพี่เลี้ยง และระบบกำกับติดตาม ประเมินผล เพื่อนำไปใช้ได้แก่

2.1 CM ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับ CG ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

2.2 มีแบบบันทึกการส่งงานทุกเดือน พร้อมทั้งมอบหมายงานเพิ่มตามความจำเป็น ติดตาม การทำงานผ่านระบบไลน์ นำประสบการณ์ในการดูแลหรือความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้สูงอายุมาเล่า แบ่งปันความสุขความภูมิใจในทีมผู้ดูแลเป็นการเสริมพลังในการดำเนินงาน

2.3 ทบทวนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุทุกเดือนโดยให้ยกตัวอย่างการดูแล เดือนละ 1 เรื่อง เพื่อให้ CG มีความรอบรู้เกิดทักษะ และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุมทุก 3 เดือน ให้คำแนะนำ และสนับสนุนด้านวิชาการ ประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมลงดำเนินการในพื้นที่ และให้ข้อเสนอแนะ เมื่อเกิดปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรูปแบบปกติ และรูปแบบที่มีการปรับปรุงตาม หลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ของ Caregiver ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้และทักษะตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ”

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)	
การดูแลในรูปแบบปกติ	การดูแลในรูปแบบใหม่ ที่ผ่านการพัฒนาความรู้และทักษะตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ”
- CG ดูแลตามแนวทางที่ได้รับมอบหมาย - การพัฒนาความรู้ไม่ครอบคลุมทุกมิติ - ขาดการฝึกฝนทักษะความเชี่ยวชาญ - การดูแลผู้สูงอายุเกิดจากการมอบหมายงานของ CM - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงยังไม่ครอบคลุม - มีการประเมินผลการดูแลประจำปีตามตัวชี้วัดงานผู้สูงอายุ	- เน้นการฝึกทักษะ ฝึกปฏิบัติจริงและปรับตามสภาพปัญหา การดูแลผู้สูงอายุเน้นการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทุกมิติ - ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถบอกต่อแนะนำได้ - ได้รับการฟื้นฟูพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลที่สำคัญ เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินการจริง - เสริมพลังให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาร่วมดูแล สร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่ายครอบครัวและชุมชน - ปรับกระบวนการดำเนินงานโดยอาศัยแนวคิดการแก้ปัญหาโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน เน้น 2 กิจกรรมหลัก คือ การดูแลสุขภาพกาย และการดูแลทางสังคม เช่น กระตุ้นให้ภาคีเครือข่าย ชุมชน และญาติมีส่วนร่วม - ติดตามการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระดับตำบล - มีระบบดูแล กำกับ ติดตาม แบบระบบพี่เลี้ยง

3. ระยะหลังผู้ดูแลดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.2 ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ในบางประเด็น ผู้ช่วยวิจัยของตำบลนั้นต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วพบว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับและคะแนนคุณภาพชีวิต ดัชนีความสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังดำเนินการโดยเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และ ดัชนีความสุข ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2021-043 รับรองวันที่ 30 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.74 อายุเฉลี่ย 71.16 ปี (SD=5.632) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 61.54 และมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 69.96 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.69 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.82

1.2 ข้อมูลด้านร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 36.26 และมีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ได้แก่ ไม้เท้า ร้อยละ 25.27 แว่นตา ร้อยละ 23.44 ฟันปลอม ร้อยละ 22.34 ตามลำดับ โรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิต ร้อยละ 51.65 เบาหวาน ร้อยละ 45.42 และโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 25.27 ผู้สูงอายุมีปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรก คือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 65.57 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 48.72 และท้องผูก ร้อยละ 44.69 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายบางครั้ง ร้อยละ 61.90 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 6.96 และดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 5.13

2. ระดับคุณภาพชีวิตและดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 ผลการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (SD=0.392) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ (n=273)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับคุณภาพชีวิตสูง (3.68–5.00 คะแนน)	101 (37.0)
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน)	154 (56.4)
ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)	18 (6.6)
(Mean=3.54, SD=0.402)	

2.2 ผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ มีดัชนีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 44.69 รองลงมาอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 40.66 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 14.65 ภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีคะแนนเฉลี่ย 29.96 คะแนน (SD=6.265) ดังแสดงในตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=273)

ระดับดัชนีความสุข	จำนวน (ร้อยละ)
มีดัชนีความสุขดี (Good) 35-45 คะแนน	40 (14.65)
มีดัชนีความสุขปกติ (Fair) 28-34 คะแนน	122 (44.69)
มีดัชนีความสุขเสี่ยง (Poor) 27 คะแนนหรือน้อยกว่า	111 (40.66)
(Mean=29.96, SD=6.265)	

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตก่อนร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ($t=10.193$, $df=272$, $p\text{-value}<0.001$) ดังแสดง ในตารางที่ 4

3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข พบว่าคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น จาก 29.96 เป็น 33.86 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.000 ($t=20.397$, $df=272$, $p\text{-value}<0.001$) และพบว่าผู้สูงอายุมีดัชนีความสุขในระดับเสี่ยงลดลง จากร้อยละ 40.7 เป็นร้อยละ 4.0 มีดัชนีความสุขในระดับปกติเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 63.4 และมีดัชนีความสุขในระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.7 เป็นร้อยละ 32.6 รายละเอียดดังตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (n=273)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	df	p-value
ระดับดัชนีความสุข							
ก่อนร่วมกิจกรรม	273	29.96	6.265	ปกติ	20.397	272	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	273	33.86	4.671	ปกติ			
ระดับคุณภาพชีวิต							
ก่อนร่วมกิจกรรม	273	3.55	0.392	ปานกลาง	10.193	272	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	273	3.63	0.370	ปานกลาง			

ตารางที่ 5 ระดับดัชนีความสุขผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=273)

ดัชนีชีวิตความสุข ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 35-45 คะแนน	40	14.7	89	32.6
มีดัชนีความสุขเท่ากับคนทั่วไป 28-34 คะแนน	122	44.7	173	63.4
มีดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป 27 คะแนนลงมา	111	40.7	11	4.0
รวม	273	100.00	273	100.00

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจาก ช่วงอายุ 55-64 ปี เป็นช่วงอายุที่ผู้ชายมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าผู้หญิง สาเหตุหลักๆ มาก จากโรคหัวใจ การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุทางรถยนต์ มะเร็ง และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด ซึ่งล้วนแต่เป็นโรคหนักๆ และร้ายแรง จากผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ยังช่วยเหลือตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า แวนตา มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง และมีปัญหาสำคัญทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องระวังคือ ปัญหาการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัญหาท้องผูก นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีแนวโน้มของการแยกตัวเองออกจากสังคม มากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่หน่วยบริการสาธารณสุข แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มักไม่มีส่วนร่วม เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ การเคลื่อนไหว การเดินทาง โดยแนวทางที่สามารถปรับปรุงการให้บริการได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือการจัดบริการสุขภาพในชุมชนของผู้สูงอายุเอง และเสริมสร้างบทบาทของผู้ดูแลให้มีส่วนร่วม มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และดูแลตามแนวทางที่ถูกต้อง ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรแลง ตำบลบุฤๅษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ของกานต์วีร์ กอบสุข⁽¹³⁾ ที่พบว่าการจัดบริการของผู้ให้บริการไม่ตรงกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหรือชุมชน

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 จะเห็นได้ว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น อาจเนื่องมาจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอเมืองบุรีรัมย์ ได้สมัครเข้าร่วมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long-term Care) และได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครบทุกตำบล จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี จากผลการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยตนเองได้ ถึงแม้จะไม่สามารถทำได้เต็มที่ ซึ่งหากปรับปรุงการให้บริการและสร้างมุมมองการดูแลสุขภาพใหม่ โดยเปลี่ยนเป็นให้ผู้สูงอายุมีมุมมองว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยมีการสนับสนุนจากผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยแก้ไขปัญหามาตรฐานความต้องการการบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชน บ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ วิโชติ ผ้าผิวดิ⁽¹⁴⁾ พบว่าปัญหาการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ คือผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการบริการของผู้ให้บริการไม่ตรงกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของตัวผู้สูงอายุหรือชุมชน นอกจากนี้หากนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุ ในมิติด้านสังคม ป้องกันการเกิดปัญหาด้านจิตใจได้อีกด้วย

จากการนำเสนอผลการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ได้มีกิจกรรมในการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะการดูแลโดยได้รับการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” 5 บทเรียน และเพิ่มระบบพี่เลี้ยงและระบบกำกับติดตามประเมินผล ทำให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากผลการเปรียบเทียบระดับและคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนรวมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีความสุขในระดับเสี่ยงลดลง มีดัชนีความสุขในระดับปกติ และดัชนีความสุขในระดับดีเพิ่มขึ้น

การให้บริการต่างๆ ดังที่กล่าวมาสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้เพิ่มมากขึ้น เข้าใจหลักการดูแล ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีแผนงานที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พิณวรรณ บุณย์เจริญ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่ารูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชนได้ โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องโปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของทรงยศ แฉ่งเจริญ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าการใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาและยกระดับทั้งสุขภาพทางกายและทางใจ เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินจงกรม และการฝึกการบริหารจิตโดยการนั่งสมาธิ ขึ้นการสังเกตผล การปฏิบัติงาน พบว่า การปฏิบัติตามคู่มือการดูแลสุขภาพและกิจกรรมบริการสุขภาพที่จัดในชุมชนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองมากขึ้น ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องได้ดีขึ้น ซึ่งได้รับสนับสนุนจากผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรกในช่วงกลางวัน ส่งผลช่วยลดความเหงาและไม่คิดพึ่งพ่ชาน รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่าในตนเองและมีจิตใจผ่องใส ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรเลง ตำบลบุฤๅษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กานต์วีรี กอบสุข⁽¹³⁾ ที่พบว่าส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ดำเนินการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการออกกำลังกาย ตรวจสอบสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเข้าวัดทำบุญฟังธรรม มีการรับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การดำเนินกิจกรรม พบว่า ครอบครัว ชุมชน มีการเกื้อหนุนผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในการดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพจากหน่วยบริการ โดยผู้ให้บริการจัดกิจกรรมในการดูแล

สุขภาพมุ่งเน้นให้ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประสานงานและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ และการวิจัยครั้งต่อไป

1. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ญาติ ควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมช่วยเสริม และสนับสนุนการดูแล และควรส่งเสริมให้มีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวให้สามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรกำหนดกลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
4. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอุปสรรคในการเข้าไปดูแลการทำหัตถการกับผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ และต้องเพิ่มความระมัดระวังมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, นิพนธ์ รัตนคช. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(6):1013-9.
2. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน; 2552.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์. สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุ. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์; 2564.
5. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ในเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย; 19 มีนาคม 2561; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Health Literacy ความรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤษภาคม 17]. เข้าถึงได้จาก: https://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=data_hl
8. วิชารพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ 2560;44(3):183-97.
9. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พิมพ์ล วงศ์ไชยา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560;36(6):193-200.

10. Yamane T. Statistic: An introductory analysis. 3rd ed. Tokyo: Harper International;1975.
11. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2540.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ :บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2561.
13. กานต์วี กอบสุข. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤๅษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
14. วิโชติ ผ่าผิวดิ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
15. พิณวรรณ บุรณ์เจริญ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลุ่มพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
16. ทรงยศ แจ่มเจริญ. โปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.

บทความวิชาการ

DASH Diet : อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง

ชนาธิป สันติวงศ์^a

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาตครึ่งซีก ปัจจุบันมีแนวทางการควบคุมอาหาร และยับยั้งภาวะความดันโลหิตสูงด้วยการบริโภคอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ซึ่งเป็นอาหาร ที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลต่ำ เน้นการบริโภคผักผลไม้มากเป็นพิเศษ ร่วมกับการดื่มผลิตภัณฑ์ นมพร่องมันเนย ซึ่งจะสามารถลดความดันโลหิตลดความเสี่ยงโรคหัวใจ ตลอดจนมีส่วนทำให้ยาลดความดัน โลหิตสูงมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง; อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

^a ผู้เขียนหลัก ชนาธิป สันติวงศ์ Email: nrru2011@gmail.com

รับบทความ: 14 ต.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 22 ธ.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 11 ก.พ. 65

Review Article

DASH Diet for the Control and Reduction of Hypertension

Chanathip Santiwong^{*a}

Abstract

Hypertension is a significant public health problem in the country that poses health hazards and is one of the causes of stroke and hemiplegia. Currently, there are guidelines to control symptoms and to prevent hypertension through Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet (DASH diet). The DASH diet is a diet that contains low saturated fat and cholesterol. By emphasizing the consumption of fruits and vegetables along with skim milk product drinking, it can lower blood pressure, therefore reduce the risks of heart diseases as contributing to the efficiency of antihypertensive drugs.

Keywords: Hypertension; DASH diet

^{*} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

^a Corresponding author: Chanathip Santiwong Email: nrru2011@gmail.com

Received: Oct. 14, 21; Revised: Dec. 22, 21; Accepted: Dec. 22, 21; Published Online: Feb. 11, 22

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาโดยตลอด และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี เห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 1,306,070 รายคิดเป็นอัตรา 2008.92 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 1,363,616 ราย คิดเป็นอัตรา 2091.28 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 1,468,433 ราย คิดเป็นอัตรา 2,245.09 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ จะเห็นได้จากสถิติดังกล่าวว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นทุกปี โรคความดันโลหิตสูงจะก่อให้เกิดอันตรายและความรุนแรงต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ต้อหลอดเลือดแดง จะทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง ขาดความยืดหยุ่น ทำให้หลอดเลือดโป่งพอง และเกิดการอุดตันทำให้สมองขาดเลือดและเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ ส่วนหัวใจก็จะทำให้หัวใจโตขึ้น เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย และนอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับไตและดวงตาได้เช่นกัน วิธีการป้องกันอันตรายและโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงกระทำได้โดยผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จะสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้เป็นอย่างดี บทความนี้เขียนขึ้นเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานอาหารตามแนวคิด DASH diet เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทำความเข้าใจกับโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตตัวบนหรือความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure-SBP) สูงกว่า 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตตัวล่างหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure-DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท⁽²⁾

การจัดระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง สามารถจัดระดับได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป⁽²⁾

ระดับ	Systolic BP (มม.ปรอท)		Diastolic BP (มม.ปรอท)
ระดับเหมาะสม (Optimal)	< 120	และ	< 80
ระดับปกติ (Normal)	120-129	และ/หรือ	80/84
ค่อนข้างสูง (High normal)	130-139	และ/หรือ	85-89
ระดับ 1 ความดันโลหิตสูง ระดับอ่อน (Grade 1 hypertension-mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
ระดับ 2 ความดันโลหิตสูง ระดับปานกลาง (Grade 2 hypertension-moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
ระดับ 3 ความดันโลหิตสูง ระดับรุนแรง (Grade 3 hypertension-severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

แบ่งออกเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ซึ่งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เชื้อชาติ และเพศ ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ภัทร บวรทิพย์ และอภิชาติ ใจใหม่⁽³⁾ ได้เสนอไว้ดังนี้

1. น้ำหนักเกิน พบว่าผู้ที่มีไขมันสะสมอยู่บริเวณเหนือเอว เอวและท้องเป็นจำนวนมากจะสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นแต่ละระดับเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 8 ($p < 0.001$)
2. การขาดการออกกำลังกายหรือการทำงานนั่งอยู่กับที่ ทำให้ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (High-density lipoprotein-HDL) ต่ำลงส่งผลให้หลอดเลือดมีการตีบแข็งซึ่งเป็นการเพิ่มแรงต้านทานส่วนปลาย ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น
3. การรับประทานโซเดียม เนื่องจากอาหารที่มีโซเดียมสูงจะกระตุ้นให้หลังฮอร์โมนแอดรีนาลิน ซึ่งมีผลเพิ่มแรงตึงตัวของหลอดเลือดที่เกิดการคั่งของน้ำและโซเดียมเพิ่มปริมาณของเลือดในร่างกาย ที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
4. ความเครียด เมื่อมีภาวะเครียดร่างกายจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
5. การสูบบุหรี่ บุหรี่มีสารประกอบที่เป็นอันตราย นิโคตินจะกระตุ้นการหลั่งของอิพิเนพริน และนอร์อิพิเนพริน ส่งผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแข็งและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
6. การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ จะส่งผลทำให้หัวใจมีการบีบตัวแรงมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อมีความดันโลหิตสูง มักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เป็นโรคต่างๆได้ เช่น

1. หัวใจ อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ มีอาการขาบวม
2. ไต อาจเป็นโรคไตเรื้อรัง มีอาการขาบวม ชีต ผิวกแห้ง
3. สมอ อาจเป็นโรคหรือหลอดเลือดสมอง อาการที่แสดงออก คือ มีอาการปากเบี้ยว อ่อนแรงครึ่งซีก ซากครึ่งซีก หรืออาจมีภาวะสมองเสื่อม
4. ตา อาจเกิดความผิดปกติที่จอประสาทตา

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ได้มีคำแนะนำวิธีการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยดวงจันทร์ เสงส์สวัสดิ์⁽⁴⁾ ดังนี้

1. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม
2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
3. รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยผัก ผลไม้ และมีเกลือต่ำ รวมทั้งงดการดื่มสุรา
4. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง

DASH Diet มาจาก Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet เป็นการรับประทานอาหารที่เน้นประเภทผัก ผลไม้ นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็งและควบคุมพลังงานให้ไม่เกินวันละ 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งการรับประทานอาหารดังกล่าวจะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหารในปริมาณสูงจะช่วยเสริมประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิต⁽⁵⁻⁷⁾

หลักในการรับประทานอาหารแบบแดชไดเอท คือรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลสูง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แร่ธาตุ เช่น แคลเซียม โพแทสเซียมและแมกนีเซียม ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ ได้อธิบายไว้ดังนี้

1. โซเดียมลดความดันโลหิต

โซเดียมมีหน้าที่ควบคุมอัตราการถ่ายเทของน้ำในเซลล์ และยังมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารสัญญาณไฟฟ้าระหว่างเซลล์ประสาท ควบคุมการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อ ปกติคนเราจะต้องการโซเดียมวันละ 400 มิลลิกรัม ถ้าบริโภคเกินความต้องการจะเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โซเดียมจะได้จากเกลือและเครื่องปรุงชนิดต่างๆ การบริโภคเกลือมากเกินไปจะส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจทำงานหนักขึ้น เมื่อหัวใจทำงานหนักเพิ่มมากขึ้นก็ย่อมส่งผลให้กล้ามเนื้อในหลอดเลือดหัวใจปรับตัวหนาขึ้นและแข็งขึ้น พื้นที่ในหลอดเลือดลดลงจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและเวลานานหลายปีจะทำให้หลอดเลือดแตกและอุดตัน

2. โพแทสเซียมลดความดันโลหิต

โพแทสเซียมทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการยืดหดตัวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจรักษาสมดุลของน้ำในร่างกาย รักษาสมดุลความเป็นกรด-ด่าง ในร่างกายช่วยให้การทำงานของหัวใจเด่นเป็นปกติ ช่วยควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

หากโพแทสเซียมในเลือดต่ำจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ควรรับประทานโพแทสเซียมที่มาจากอาหารธรรมชาติ วันละ 4700 มิลลิกรัม เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ถ้าโซเดียมสูงระดับโพแทสเซียมจะมีความเข้มข้นอยู่ในระดับต่ำ ถ้าโซเดียมต่ำ โพแทสเซียมจะสูง ฉะนั้นยิ่งกินเค็มมากเท่าใด ระดับโพแทสเซียมในเลือดจะต่ำลง

3. แมกนีเซียมลดความดันโลหิต

แมกนีเซียมมีบทบาทรักษาระดับของแคลเซียมและโพแทสเซียมภายในเซลล์ เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อ จึงเกิดการคลายตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้

4. แคลเซียมลดความดันโลหิต

ช่วยควบคุมการทำงานของหลอดเลือด ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ควบคุมการเต้นของหัวใจ พบว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงจะรับประทานแคลเซียมน้อยกว่าคนปกติ และระดับแคลเซียมที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้ความดันโลหิตที่ลดลงเพราะแคลเซียมช่วยให้กล้ามเนื้อบีบตัวได้ดีและทำให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาหารที่ควรรับประทาน⁽⁸⁻⁹⁾ ประกอบด้วย

1. ควรรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพด ลูกเดือย ข้าวสาลี ข้าวฟ่าง ข้าวบาร์เลย์ เพราะเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน มีเส้นใยอาหาร มีวิตามินและแร่ธาตุชนิดต่างๆ
2. ควรรับประทานผักและผลไม้สดเพราะผักและผลไม้เป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียม และแมกนีเซียม ช่วยลดความดันโลหิต

ผักสด ได้แก่ คื่นฉ่าย กวางตุ้ง บวบ กะหล่ำปลี บวบ ใบยอ สะตอ แครอท เห็ด หน่อไม้ หัวหอม หอมใหญ่ มะเขือเทศ หน่อไม้ฝรั่ง หัวปลี ผักชี มันฝรั่ง ผักบุงจีน มะละกอดิบ ถั่วพู พริกหวาน กะหล่ำปลี แดง กวาวบวกลีฉิม ผักเขียว ผักกาดขาว ผักโขม

ผลไม้ ได้แก่ กล้วย ฝรั่ง แก้วมังกร ชมพู มะละกอ ส้ม สับปะรด แอปเปิ้ล อะโวคาโด

3. ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เพราะแคลเซียมจะควบคุมการทำงานของหลอดเลือด ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ควบคุมการเต้นของหัวใจ อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ เต้าหู้ งาดำ ปลาตัวเล็ก ปูกระต่าย กุ้งแห้งตัวเล็ก กุ้งฝอย และ ปลาลิ้นหมา เป็นต้น

4. ควรรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เพื่อป้องกันไขมันเกาะตามหลอดเลือด อาหารที่ควรรับประทาน เช่น ปลา ไก่ เป็ด เป็นต้น

5. ควรรับประทานอาหารประเภทถั่วและเมล็ดพืช เพราะเป็นแหล่งของโปรตีน ไขมันดี และแร่ธาตุ แมกนีเซียมซึ่งมีส่วนช่วยลดความดันโลหิต แต่ต้องมีไขมันดีเป็นส่วนประกอบ เช่น ถั่วลิสง อัลมอนต์ เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ แมคคาเดเมีย เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง ทั้งนี้ต้องเลือกสรรธรรมชาติไม่ปรุงรสและกรอบ แทนการทอด

6. ควรรับประทานที่มีไขมันดี เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดฟักทอง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันอะโวคาโด น้ำมันคาโนล่า น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา น้ำมันถั่วลิสง เป็นต้น

อาหารที่ควรลดหรือเลี่ยง

ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่ อาหารประเภทเกลือโซเดียมสูง อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวในปริมาณสูงและอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลสูง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงควรมีดังนี้⁸⁻⁹

1. หลีกเลี่ยงผักผลไม้กระป๋องหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปต่างๆ เนื่องจากมีกัมมันตภาพรังสี โซเดียม ไขมันอิ่มตัวในปริมาณสูง รวมทั้งมีสารกันเสีย วัตถุปรุงแต่งสี กลิ่นและรสชาติอาหารตลอดจนการปนเปื้อนของสารเคมี และเชื้อโรคจากกระบวนการผลิตที่ไม่ได้มาตรฐาน

2. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นให้หัวใจสูบฉีดเลือดได้แรงและเร็วขึ้นทำให้เกิดความดันสูงในหลอดเลือด

3. หลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อแพะ เนื่องจากเนื้อเหล่านี้จะมีปริมาณคอเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง ส่งผลให้ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

4. หลีกเลี่ยงน้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน ของหวาน

5. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ ไขมันจากสัตว์ น้ำมันหมู ชีส

6. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน

7. หลีกเลี่ยงไขมันทรานส์ (Trans fatty acids) เช่น ครีมเทียม เนยเทียม

การวางแผนรับประทานอาหาร DASH ให้เหมาะสมกับบุคคล

ขั้นตอนการวางแผนรับประทานอาหารแบบ DASH Diet ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เพื่อทราบว่ามีความเสี่ยงระดับใดด้วยสูตรคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) กิโลกรัม/เมตร²

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ค่า BMI ที่คำนวณได้มีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับปริมาณไขมันในร่างกายองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ กำหนดค่าการแปลผล ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการแปลค่าดัชนีมวลกายเทียบกับภาวะโภชนาการ⁽¹⁰⁾

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	ภาวะโภชนาการ
> 30.0	โรคอ้วน ระดับ 2
25.0 – 29.9	โรคอ้วน ระดับ 1
23.0 – 24.9	น้ำหนักเกิน
18.5 – 22.9	ปกติ
< 18.5	น้ำหนักน้อย

2. ประเมินพลังงานขั้นพื้นฐานที่ร่างกายต้องการ (Basal Metabolic Rate : BMR)

BMR คือ อัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ขณะพักผ่อน เมื่อร่างกายอยู่นิ่ง ไม่มีกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งเป็นพลังงานที่ถูกใช้ไปเพียงเพื่อรักษาระดับการมีชีวิต เช่น หัวใจเต้น ปอด ตับ กล้ามเนื้อ ผิวหนังและอื่นๆ สูตรคำนวณ BMR ของ The Mifflin St Jeor Equation⁽⁸⁾

$$\begin{aligned} \text{BMR เพศชาย} &= (10 \times \text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}) + (6.25 \times \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}) - (5 \times \text{อายุ}) + 5 \\ \text{BMR เพศหญิง} &= (10 \times \text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}) + (6.25 \times \text{ส่วนสูง (เซนติเมตร)}) - (5 \times \text{อายุ}) - 161 \end{aligned}$$

3. ประเมินพลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวัน (Total Daily Energy Expenditure : TDEE)

TDEE คือ ค่าพลังงานที่ร่างกายต้องการในการทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันทั้งการเดิน วิ่ง นอน ทำงานหรือว่า ออกกำลังกาย ซึ่งในคนที่ไม่ค่อยขยับร่างกายจะต้องการใช้พลังงานในส่วนนี้น้อยกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ สำหรับคนที่ควบคุมน้ำหนักจึงไม่ควรรับประทานอาหารเกินค่า TDEE ที่คำนวณได้ของบุคคลนั้น สูตรคำนวณ TDEE มีดังนี้

$$\text{พลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวัน (TDEE)} = \text{BMR} \times \text{ตัวแปรตารางที่ 3 ค่าตัวแปรการออกกำลังกาย}$$

ตารางที่ 3 ค่าตัวแปรของการออกกำลังกาย⁽⁸⁾

การออกกำลังกาย	ค่าตัวแปร
นั่งทำงานอยู่กับที่และไม่ได้ออกกำลังกาย	1.2
ออกกำลังกายเล่นกีฬาเล็กน้อย ประมาณอาทิตย์ละ 1-3 วัน	1.375
ออกกำลังกายเล่นกีฬานานกลาง ประมาณอาทิตย์ละ 3-5 วัน	1.55
ออกกำลังกายเล่นกีฬาอย่างหนัก ประมาณอาทิตย์ละ 6-7 วัน	1.725
ออกกำลังกายเล่นกีฬาอย่างหนัก ทุกวันเช้า-เย็น	1.9

4. วางแผนการรับประทานอาหาร DASH Diet ให้เหมาะสมกับตัวเอง โดยพิจารณาดังนี้

- ต้องเพิ่มน้ำหนัก ให้รับประทานอาหารมากกว่า TDEE
- ต้องการคงน้ำหนักเดิม ให้รับประทานอาหารเท่ากับ TDEE
- ต้องการลดน้ำหนัก ให้รับประทานอาหารน้อยกว่า TDEE แต่ต้องไม่น้อยกว่าพลังงานขั้นต่ำพื้นฐานที่ร่างกายต้องการ + เพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อเผาผลาญพลังงานให้มากขึ้น

เมื่อทราบว่าพลังงานที่จะได้รับในวันหนึ่งเป็นเท่าไร นำค่าที่ได้มาเทียบกับตารางแสดงสัดส่วน DASH Diet ที่รับประทานต่อวันแยกตามจำนวนแคลอรีที่ใช้ โดย DASH Diet จะจัดอาหารเป็น 8 หมวดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัดส่วน DASH diet ที่รับประทานต่อวันแยกตามจำนวนแคลอรีที่ใช้⁽¹¹⁾

หมวดอาหาร	ปริมาณอาหารที่รับประทาน (ส่วน/วัน) หน่วย Kcal						อาหาร 1 ส่วน
	1200	1400	1600	1800	2000	2600	
ข้าว (ธัญพืช)	4-5	5-6	6	6	6-8	10-11	ข้าวกล้อง 1 ทัพพี ข้าวเหนียว 1/2 ทัพพี
ผัก	3-4	3-4	3-4	4-5	4-5	5-6	ผักสด 2 ทัพพี ผักสด 2 ทัพพี น้ำผัก 120 ml.
ผลไม้	3-4	4	4	4-5	4-5	5-6	ผลไม้ 1 ผลกลาง (ส้ม) ผลไม้ 1/2 ผลใหญ่ (ฝรั่ง) ผลไม้ 6-8 ชิ้นคำ (มะละกอ)
อาหารแคลเซียมสูง	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3	3	นมไขมันต่ำหรือปราศจากไขมัน โยเกิร์ต 240 ml. เต้าหู้ 1/2 แผ่น งาดำ 1 ช้อนโต๊ะ

ตารางที่ 4 (ต่อ) สัดส่วน DASH diet ที่รับประทานต่อวันแยกตามจำนวนแคลอรีที่ใช้⁽¹¹⁾

หมวดอาหาร	ปริมาณอาหารที่รับประทาน (ส่วน/วัน) หน่วย Kcal						อาหาร 1 ส่วน
	1200	1400	1600	1800	2000	2600	
เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	≤ 3	≤ 3-4	≤ 3-4	≤ 6	≤ 6	≤ 6	เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 2 ช้อนโต๊ะ ไข่ 1 ฟอง
ถั่วเมล็ด	3 /wk.	3 /wk.	3-4 /wk.	4 /wk.	4-5 /wk.	1	ถั่วเมล็ดแห้ง 1/2 ถ้วยตวง เมล็ดทานตะวัน, เมล็ดแตงโม 2 ช้อนโต๊ะ มะม่วงหิมพานต์ 1 กำมือ
น้ำมัน	1	1	2	2-3	2-3	3	น้ำมันพืช 1 ช้อนชา
น้ำตาล	≤ 3/wk.	≤ 3/wk.	≤ 3/wk.	≤ 5/wk.	≤ 5/wk.	≤ 2	น้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะ
โซเดียม	2,300 มิลลิกรัม/วัน (ถ้าต้องการลดความดันโลหิต ไม่เกิน 1,500 มก./วัน)						เกลือ 2/3 ช้อนชา 1,500 มก.

การวางแผนรับประทานอาหารแบบ DASH Diet

ตัวอย่าง หญิงอายุ 62 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 62.9 กิโลกรัม ไม่ได้ทำงานและไม่ได้ออกกำลังกายเลย ขั้นตอนการวางแผน กระทำได้ดังนี้

1. คำนวณดัชนีมวลกาย (BMI)

$$= \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{\text{ส่วนสูง เมตร}^2} = \frac{62.9}{(1.50)^2} = \frac{62.9}{2.25} = 27.95$$

ผลการประเมิน BMI = อ้วนระดับ 1

2. คำนวณ BMR (อัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายขณะพักนอน)

$$\begin{aligned} \text{สูตรเพศหญิง (BMR)} &= (10 \times \text{น้ำหนัก (กก.)}) + (6.25 \times \text{ส่วนสูง (ซม.)}) - (5 \times \text{อายุ}) - 161 \\ &= 10(62.9) + (6.25 \times 150) - (5 \times 62) - 161 \\ &= 629 + 937.5 - 310 - 161 \\ &= 1,095.5 \end{aligned}$$

3. คำนวณ TDEE (ค่าพลังงานที่ต้องการในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน)

สูตร พลังงานที่ร่างกายต้องการทั้งหมดต่อวัน TDEE = BMR x ตัวแปร

กรณีตัวอย่างเป็นบุคคลที่ไม่ได้ทำงานและไม่ออกกำลังกายดังนั้นตัวแปรที่มาคูณ คือ 1.2 (จากตารางที่ 3)

$$TDEE = 1,095.5 \times 1.2 = 1,314.6$$

เนื่องจากกรณีศึกษามีภาวะโภชนาการอ้วนระดับ 1 อาหารที่รับประทานจึงควรมีพลังงาน น้อยกว่าค่า TDEE พิจารณาในตารางที่ 4 ควรรับประทานอาหาร 1200 Kcal ซึ่งประกอบด้วยอาหารต่อวันดังนี้

1) ข้าว (ข้าวกล้อง)	4-5 ทัพพี
2) ผักสด	3-4 ทัพพี
3) ผลไม้	3-4 ส่วน
4) อาหารแคลเซียมสูง (นมไขมันต่ำ)	2-3 ส่วน
5) เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	≤3 ส่วน (1 ส่วนเท่ากับ 2 ช้อนโต๊ะ)
6) ถั่วเมล็ด	3 ส่วน/สัปดาห์
7) ไขมัน	1 ช้อนชา
8) น้ำตาล	≤3 ส่วน/สัปดาห์ (น้ำตาล 1 ส่วน = 1 ช้อนโต๊ะ)
9) โซเดียม	2/3 ช้อนชา (1500 มิลลิกรัม)

สรุป

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองและเป็นอัมพาตได้ในอนาคต วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นกระทำได้โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและควบคุมอาหารให้เหมาะสมโดยอาหารนั้นควรมีลักษณะเป็นอาหารประเภทผักผลไม้ ไขมันต่ำ และจำกัดปริมาณโซเดียมให้ไม่เกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน จะช่วยควบคุมระดับของความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน(รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2559-2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmsic.moph.go.th>
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. ฉบับปรับปรุง 2558. กรุงเทพฯ : สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2558.
3. ภัทพร บวรทิพย์, อภิชาติ ใจใหม่. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามแนวทางต้านโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2562; 42(4):132-9.
4. ดวงจันทร์ เฮงสวัสดิ์. Dash diet กำแพงกันโรคความดันโลหิตสูง. อาหารและสุขภาพ 2555;42(2): 98-102.
5. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย. DASH Diet คืออะไรดียังไง [อินเทอร์เน็ต] 11 พฤศจิกายน 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 16]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealthfound.org/link>
6. พบแพทย์. Dash diet อาหารต้านความดันกับหลักการบริโภค [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 16]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pobpad.com>
7. โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ. DASH Diet กินต้านโรคหัวใจลดความดันให้อยู่หมัด [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokhearthispital.com>content>dash-diet>

8. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, กองการแพทย์ทางเลือก. แดชไดเอทบำบัดโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี : กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. ณัฐพล เลาทะเจริญยศ. อาหารและโพแทสเซียม [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://sriphat.med.cmu.ac.th>
10. ถิรจิต บุญแสน. ดัชนีมวลกายสำคัญอย่างไร [อินเทอร์เน็ต] มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 28]. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th>
11. ทศนวิศ ยะโส. แดชไดเอท (Dash Diet) อาหารทางเลือกสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 16] เข้าถึงได้จาก: <https://thaicam.go.th>
12. ยศวีร์ อรรถยากร. ความดันโลหิตสูงอย่าปล่อยไว้อันตรายกว่าที่คิด [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 17] เข้าถึงได้จาก <https://www.Phyathai.com>

ปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

สมรัฐ นัยรัมย์^a

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างอสม. ใน 5 ตำบล จำนวน 311 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สถิติไครส์แคร์ และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันสำหรับหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.10 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 49.37 ปี ร้อยละ 72.67 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.34 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.88 ประกอบอาชีพเกษตรกร และพบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.51 ผลของการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.58$, $SD=0.55$) มีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.59$, $SD=0.28$) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ($r=-0.119$, $p<0.05$)

หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาศักยภาพให้อสม. มีองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ต่อยอดสู่การสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate community) ให้ประชาชนในชุมชนมีทักษะในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร ใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้ความเสี่ยง; พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ

^a นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^a ผู้เขียนหลัก สมรัฐ นัยรัมย์ Email: rattus117@gmail.com

รับบทความ: 5 พ.ย. 64; รับบทความแก้ไข: 24 ธ.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 24 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 ก.พ. 65

Factors and Relationships between Risk Perceptions and Environmental Health Behaviors of Village Health Volunteers in Eco Industrial Town, Sikhio District, Nakhon Ratchasima Province

Somrut Nairam^{*a}

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to explore factors associated with risk perceptions and environmental health behaviors of village health volunteers (VHV's) and to examine the relationships between the risk perceptions and environmental health behaviors in eco industrial town, Sikhio District, Nakhon Ratchasima province. The samples were 311 VHV's from 5 subdistricts. The data were collected using a constructed questionnaire during December 2019 and March 2020. The descriptive statistics were used to analyze the general information. Pearson's product moment correlations and Chi-square tests were used to investigate the relationships among their related factors.

The result showed that 88.10 percent of the samples were females with an average age of 49.37 years. Most of them were married (72.67%). Slightly over half (54.34%) of the samples graduated at a primary school level while 48.88 percent worked in agriculture and 31.51 percent had health conditions. Results on perceptions of environmental health risks showed that overall scores on environmental health perceptions were at a moderate level ($\bar{x}$ =1.58, SD=0.55) while their environmental health behaviors were at a high level ($\bar{x}$ =2.59, SD=0.28). The relationships between both environmental health perceptions and behaviors were significant at a low level ($r = -0.119$, $p < 0.05$).

Public health organizations should encourage and improve skills among VHV's to gain environmental knowledge that would lead to health literate communities and improve skills in seeking, understanding, evaluating, and communicating health information they can make informed decisions on their health behaviors.

Keywords: Risk perceptions; Environmental health behavior; Village health volunteers;
Eco industrial town

^{*} Public Health Technical Officer, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Somrut Nairam Email: rattus117@gmail.com

Received: Nov. 5, 21; Revised: Dec. 24, 21; Accepted: Dec. 24, 21; Published Online: Feb. 15, 22

บทนำ

การขับเคลื่อนเศรษฐกิจให้เจริญเติบโตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ของประเทศไทยเน้นการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อการขับเคลื่อนและพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ให้ความสำคัญกับการใช้ศักยภาพของทรัพยากรชีวภาพ การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจใหม่และการพัฒนาเชิงพื้นที่ เพื่อกระจายโอกาสเศรษฐกิจให้คนในชุมชนและท้องถิ่น แบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาวิกฤต สิ่งแวดล้อม ด้วยการเร่งรัด ควบคุมปัญหาสิ่งแวดล้อม มลพิษทางอากาศ ชยะ น้ำเสีย และของเสียอันตรายที่เกิดจากการผลิตและการบริโภค รวมถึงการสร้างเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ให้เกิดคุณภาพและ สิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับประชาชน⁽¹⁾ โครงการพัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ (Eco industrial town) เป็น โครงการที่ตอบสนองแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและยกระดับ อุตสาหกรรมให้เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ควบคู่กับการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต และ สิ่งแวดล้อมให้อุตสาหกรรมสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างยั่งยืน ที่ผ่านมามีการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนา เมืองอุตสาหกรรมนิเวศรายจังหวัด ครอบคลุม 15 จังหวัด เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานด้านการบริหาร จัดการและดำเนินโครงการในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว และขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด พื้นที่นำร่องเป็นพื้นที่เมืองหรืออำเภอที่มีการประกอบกิจการอุตสาหกรรม หนาแน่น ประกอบด้วย พื้นที่อำเภอหรือเมืองในจังหวัดระยอง สมุทรปราการ สมุทรสาคร ปราจีนบุรี และ ฉะเชิงเทรา ต่อมาได้ขยายพื้นที่เพิ่มอีก 10 จังหวัด คือ นครปฐม ชลบุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี ขอนแก่น นครราชสีมา สระบุรี ราชบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา^(2,3)

เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศเป็นพื้นที่ที่มีการเจริญเติบโตโดยมีอุตสาหกรรมเป็นตัวขับเคลื่อน เศรษฐกิจหลัก สร้างสมดุลกับการพัฒนาสังคม ความเป็นอยู่ของประชาชนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและ สิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด เน้นการพัฒนาอย่างยั่งยืน สามารถจำแนกออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปัจเจกบุคคล (Eco factory หรือ Factory level) ระดับกลุ่มอุตสาหกรรม/นิคมอุตสาหกรรม (Eco industrial group หรือ Eco industrial level) ระดับเมือง (Eco town level) และระดับเมืองใหญ่หรือนคร (Eco city) หรือกลุ่ม เครือข่ายเมืองใหญ่⁽⁴⁾ ในปี 2560 กรมโรงงานอุตสาหกรรม ได้จัดทำเกณฑ์การประเมินการเป็น เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ โดยกำหนดเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดความเป็นเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ 41 ตัวชี้วัด ครอบคลุม 5 มิติ 20 ด้าน โดยระดับการเป็นเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 1) การมี ส่วนร่วม 2) การส่งเสริม 3) ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร 4) การพึ่งพาอาศัย และ 5) เมืองน่าอยู่คู่ อุตสาหกรรม⁽⁴⁾

การพัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศในประเทศไทยได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ภาคอุตสาหกรรมหันมาให้ความสำคัญกับการประกอบกิจการที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม น้อยที่สุด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ขานรับการดำเนินงานอย่างบูรณาการตามแผนพัฒนา เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ และการจัดการมลพิษและสิ่งแวดล้อม กอปรกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง เป้าหมายจังหวัดที่มี การจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน พื้นที่ที่มี การพัฒนาอุตสาหกรรม เศรษฐกิจอุตสาหกรรม และชุมชนจะเจริญเติบโตไปพร้อมกันด้วยกันภายใต้

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 5 ประเด็นที่ 4 การพัฒนาพื้นที่เมืองชนบท เกษตรกรรมและอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ มุ่งเน้นความเป็นเมืองที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการอย่างยั่งยืน พัฒนาเครือข่ายองค์กรพัฒนาเมืองและชุมชน ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในท้องถิ่น และเสริมสร้างระบบสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ภายใต้การทำงานของกระทรวงสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ถือว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นบุคคลสำคัญและเป็นแรงผลักดันงานส่งเสริมสุขภาพในระดับตำบลหมู่บ้าน ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) สถิติจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2562 จังหวัดนครราชสีมา มี อสม. จำนวน 68,456 คน เป็นอสม. ที่อยู่ในอำเภอสีคิ้ว จำนวน 2,429 คน⁽⁵⁾ อสม.เหล่านี้เป็นตัวแทนสื่อสารข้อมูล ข่าวสารสาธารณสุข เผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น⁽⁶⁾ รวมถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดหาน้ำสะอาด การสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและแก้ไขมลพิษสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁾ อสม. มีส่วนช่วยสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน ได้รับการพัฒนาอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝึกฝน พัฒนาตนเอง และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในชุมชน อสม.จึงจำเป็นต้องรู้ เข้าใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ และสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถวางแผนงานเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายในชุมชนของตนเองไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ปกติ หรือพื้นที่พิเศษ เช่น พื้นที่ที่มีปัญหาด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่คาดการณ์การขยายตัวทางเศรษฐกิจ เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมลพิษทางด้านสิ่งแวดล้อม เกิดปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพหากมีการบริหารจัดการที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นฐานต่อยอดงานด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องมุ่งเน้นการพัฒนาอสม. เพราะอสม. เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน ความรู้งานด้านสาธารณสุข ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลให้ อสม.ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁸⁾ ถึงแม้ระดับความรู้ด้านสาธารณสุขของ อสม. จะอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก⁽⁹⁾ แต่ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของแกนนำชุมชน และอสม. ยังพบว่าบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ มีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ถูกต้อง ขาดการบอกต่อบุคคลใกล้ชิดไม่ว่าจะเป็น เรื่อง น้ำ อาหาร การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลยังไม่ครอบคลุม⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านการรับรู้พฤติกรรมปฏิบัติของอสม. เพื่อให้เกิดการนำข้อมูล ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพเป็นแบบอย่างที่ดี ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับประชาชน และสร้างความรอบรู้ให้เกิดขึ้นกับตนเอง พัฒนาสู่ชุมชน ก้าวสู่สังคมรอบรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเสี่ยง และพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ อสม. ใน 5 ตำบล พื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ คือ ตำบลสีคิ้ว ตำบลลาดบัวขาว ตำบลกุดน้อย ตำบลมิตรภาพ ตำบลหนองหญ้าขาว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,281 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ อสม. ใน 5 ตำบลพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน⁽¹¹⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 296 คน และกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 5 เป็น 311 คน กระจายสัดส่วนตำบล แยกรายเขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีวิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบง่าย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่าง แยกรายตำบลและรายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ตำบล	จำนวนประชากร	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
สีคิ้ว	291	เทศบาลเมืองสีคิ้ว	57
		อบต.สีคิ้ว	14
ลาดบัวขาว	422	เทศบาลตำบลลาดบัวขาว	29
		อบต.ลาดบัวขาว	74
กุดน้อย	158	อบต.กุดน้อย	38
มิตรภาพ	222	อบต.มิตรภาพ	54
หนองหญ้าขาว	188	อบต.หนองหญ้าขาว	45
รวม	1,281	รวม	311

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและชัดเจน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม จำนวน 24 ข้อ แยกออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การรับรู้สาเหตุการเกิดมลพิษสิ่งแวดล้อม จำนวน 7 ข้อ ด้านที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับผลเสียของมลพิษสิ่งแวดล้อม จำนวน 9 ข้อ ด้านที่ 3 การรับรู้ถึงแนวทางการแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ระดับการรับรู้มากที่สุด มาก ปานกลาง และ น้อย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ระดับพฤติกรรมปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 4 ข้อเสนออื่นๆ

แปลผลค่าคะแนน การรับรู้ความเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ภาพรวมและรายด้าน จากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม ด้วยการกำหนดอันตรภาคชั้น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองสุ่มใช้กับอสม. ในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน นำมาหาความเที่ยงตรงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.865

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม อสม. ระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึง เดือนมีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยมีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 เมื่อค่าเข้าใกล้ 1 แปลผลว่า ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันมาก เมื่อ $r=0$ ตัวแปรจะไม่มีความสัมพันธ์กัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ วิเคราะห์ และการนำไปใช้ประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างวิจัยจะตอบรับด้วยความสมัครใจ และสามารถยกเลิกการเป็นตัวอย่างการวิจัยได้ทันทีในกรณีที่รู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ หรือเหตุอื่นใดก็ตาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับและผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยคำตอบในแบบสอบถามจะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยหรือหน่วยงานของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 88.10 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 46.95 อายุเฉลี่ย 49.37 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.67 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.88 และเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.51 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	37 (11.90)
หญิง	274 (88.10)
อายุ	
น้อยกว่า 30	24 (7.72)
31-40 ปี	67 (21.54)
41-50 ปี	146 (46.95)
51-60 ปี	74 (23.79)
Min-Max =32-60 ปี $\bar{X}$ = 49.37 ปี SD=8.89 ปี	
สถานภาพ	
โสด	13 (4.18)
สมรส	226 (72.67)
หม้าย	48 (15.43)
หย่า/แยก	24 (7.72)

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	169 (54.34)
มัธยมศึกษาตอนต้น	54 (17.36)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	66 (21.22)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	8 (2.57)
ปริญญาตรีขึ้นไป	14 (4.50)
การประกอบอาชีพ	
เกษตรกร	152 (48.87)
รับจ้าง	83 (26.69)
ธุรกิจส่วนตัว	16 (5.14)
รับราชการ	2 (0.64)
อื่นๆ	58 (18.65)
โรคประจำตัว	
มี	98 (31.51)
ไม่มี	213 (8.49)

2. ระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้สาเหตุของการเกิดมลพิษทางด้านสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับผลเสียของมลพิษสิ่งแวดล้อม และการรับรู้ถึงแนวทางการแก้ไขปัญหา มลพิษสิ่งแวดล้อม ผลพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =1.58, SD=0.55) พิจารณาแยกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของการเกิดมลพิษสิ่งแวดล้อมในภาพรวมและแยกรายประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =1.47, SD=0.59) กลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลเสียของมลพิษสิ่งแวดล้อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X}$ =1.98, SD=0.81) มี 3 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับมาก คือ การรับรู้ว่ามีมลพิษสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ($\bar{X}$ =2.13, SD=1.08) รับรู้ว่ามีมลพิษส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ($\bar{X}$ =2.15, SD=1.02) และรับรู้ว่ามีโรงงานอุตสาหกรรมช่วยให้ชุมชนมีเศรษฐกิจดีขึ้น ($\bar{X}$ =2.08, SD=0.99) ส่วนการรับรู้แนวทางการแก้ไขปัญหา มลพิษสิ่งแวดล้อม พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =1.90, SD=0.69) มีเพียง 3 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ในระดับมาก คือ หน่วยงานราชการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ และแนวทางการแก้ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ =2.04, SD=0.85) เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีแผนป้องกันมลพิษสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ =2.10, SD=0.91) และเทศบาล/อบต. ดูแลควบคุมกำกับกิจการที่ก่อให้เกิดมลพิษสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ =2.05, SD=0.87) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยง

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 ปัจจัยและระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (n=311)						p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	6	1.93	24	7.72	7	2.25	0.613
หญิง	30	9.65	182	58.52	62	19.94	
อายุ							
น้อยกว่า 30	0	0.00	12	3.86	12	3.86	0.001*
31-40 ปี	12	3.86	43	13.83	12	3.86	
41-50 ปี	16	5.14	102	32.8	28	9.00	
51-60 ปี	8	2.57	52	16.72	14	4.50	
สถานภาพ							
โสด	0	0.00	8	2.57	5	1.61	0.391
สมรส	24	7.72	150	48.23	52	16.72	
หม้าย	8	2.57	30	9.65	10	3.22	
หย่า/แยก	4	1.29	18	5.79	2	0.64	
การศึกษา							
ประถมศึกษา	20	6.43	124	39.87	25	8.04	0.569
ม.ต้น	8	2.57	38	12.22	8	2.57	
ม.ปลาย	4	1.29	53	17.04	9	2.89	
ปวส.	0	0.00	8	2.57	0	0.00	
ป.ตรีขึ้นไป	4	1.29	6	1.93	4	1.29	
อาชีพ							
เกษตรกร	12	3.86	106	34.08	34	10.93	0.000*
รับจ้าง	20	6.43	50	16.08	13	4.18	
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	12	3.86	4	1.29	
รับราชการ	0	0.00	2	0.64	0	0.00	
อื่นๆ	2	0.64	38	12.22	18	5.79	

ตาราง 3 (ต่อ) ปัจจัยและระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (n=311)						p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว							
มี	10	3.22	71	22.83	17	5.47	0.253
ไม่มี	26	8.36	135	43.41	52	16.72	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ปัจจัยและระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =2.59, SD=0.28) และมีพฤติกรรมในระดับมากเกือบทุกประเด็นยกเว้นพฤติกรรมการไม่ทิ้งขยะทุกชนิดในที่รองรับ/ถังขยะใบเดียวกัน ($\bar{X}$ =1.83, SD=0.89) และพฤติกรรมไม่ปล่อยน้ำทิ้ง (น้ำจากการซักผ้า ล้างจาน) ลงในรางระบายน้ำสาธารณะ ($\bar{X}$ =1.33, SD=0.71) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัวมีผลต่อระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ปัจจัย และระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม (n=311)						p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	0	0.00	2	0.64	35	11.25	0.240
หญิง	0	0.00	6	1.93	268	86.17	
อายุ							
น้อยกว่า 30	0	0.00	2	0.64	22	7.07	0.051
31-40 ปี	0	0.00	0	0.00	67	21.54	
41-50 ปี	0	0.00	6	1.93	140	45.02	
51-60 ปี	0	0.00	0	0.00	74	23.79	

ตาราง 4 (ต่อ) ปัจจัย และระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม (n=311)						p-value
	น้อย		ปานกลาง		มาก		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพ							
โสด	0	0.00	0	0.00	13	4.18	0.561
สมรส	0	0.00	8	2.57	218	70.10	
หม้าย	0	0.00	0	0.00	48	15.43	
หย่า/แยก	0	0.00	0	0.00	24	7.72	
การศึกษา							
ประถมศึกษา	0	0.00	0	0.00	169	54.34	0.753
ม.ต้น	0	0.00	0	0.00	54	17.36	
ม.ปลาย	0	0.00	2	0.64	64	20.58	
ปวส.	0	0.00	0	0.00	8	2.57	
ป.ตรีขึ้นไป	0	0.00	0	0.00	14	4.50	
อาชีพ							
เกษตรกร	0	0.00	4	1.29	148	47.59	0.578
รับจ้าง	0	0.00	4	1.29	79	25.40	
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	0	0.00	16	5.14	
รับราชการ	0	0.00	0	0.00	2	0.64	
อื่นๆ	0	0.00	0	0.00	58	18.65	
โรคประจำตัว							
มี	0	0.00	4	1.29	94	30.23	0.279
ไม่มี	0	0.00	4	1.29	209	67.20	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.035$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ -0.119 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็น	$\bar{x}$	SD	P-value	Pearson's correlation (r)
การรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	1.58	0.55	0.035	-0.119*
พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.59	0.28		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

อสม.เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกและได้รับการพัฒนาตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม ขับเคลื่อนชุมชน และสังคมให้รับผิดชอบตนเอง ชุมชน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี^(6,12) ตลอดจนปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน งานสุขภาพสิ่งแวดล้อมหรืออนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้กับตัวเรา เป็นงานพื้นฐานในระดับชุมชนที่จะต้องอาศัย อสม. เพื่อเป็นปากเป็นเสียง ช่วยรณรงค์และขับเคลื่อนงาน อสม.ที่มีความรู้ มีสมรรถนะ มีการรับรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี จะช่วยให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานที่เกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ อสม. คือ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และการมีโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการรับรู้และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลดความเสี่ยงจากผลกระทบทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ อุตสาหกรรมเชิงนิเวศที่มีแนวโน้มการเจริญเติบโตของเมืองที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน

2. ระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อสม. พบว่า อสม. รับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของประภา วุฒิกุล ที่พบว่า ระดับความรู้ ด้านสาธารณสุขของอสม.อยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก⁽⁹⁾ เมื่อพิจารณาด้านการรับรู้สาเหตุการเกิดมลพิษ สิ่งแวดล้อม พบว่า อสม.รับรู้สาเหตุของการเกิดมลพิษอยู่ในระดับปานกลางทุกรายประเด็น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาสะท้อนถึง อสม.บางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลแหล่งกำเนิดมลพิษในครัวเรือน เนื่องจาก การอยู่ในสภาพแวดล้อมในครัวเรือนจนคุ้นชิน มีลักษณะการปฏิบัติกันมาอย่างยาวนาน ไม่สามารถระบุ ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงมีความเข้าใจว่าบ้านเป็นสถานที่ที่มีความปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ สิ่งแวดล้อม ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติในครัวเรือนไม่ว่าจะเป็นการใช้ทรัพยากร การปรุง ประกอบ บริโภค อาหาร การใช้ส้วม และใช้เครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆ ย่อมก่อให้เกิดของเสีย น้ำเสีย และขยะเพิ่มมากขึ้น เชื่อมโยงไปสู่การบริหารจัดการภาพรวมของชุมชนที่มีความยุ่งยากมากขึ้น⁽¹³⁾ ถึงแม้กิจกรรมเหล่านี้ จะก่อให้เกิดมลพิษปริมาณน้อยแต่จะส่งผลกระทบในระยะยาว ด้านการรับรู้เกี่ยวกับผลเสียของมลพิษ สิ่งแวดล้อม พบว่า อสม.รับรู้เกี่ยวกับผลเสียของมลพิษสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแยก รายประเด็น พบว่าทุกประเด็นอสม.มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยมี 3 ประเด็น ที่อสม.มีการรับรู้

ในระดับมาก คือ รับรู้ว่ามีมลพิษสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีผลกระทบต่อสุขภาพ และโรงงานอุตสาหกรรมส่งผลให้เศรษฐกิจในชุมชนดีขึ้น ส่วนด้านการรับรู้ถึงแนวทางการแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมพบว่า อสม.มีการรับรู้แนวทางการแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง พิจารณาแยกประเด็นพบว่าแต่ละประเด็นมีการรับรู้ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยมีเพียง 3 ประเด็นที่อสม.มีการรับรู้ในระดับมาก คือรับรู้ว่ามีหน่วยงานราชการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับมาตรการและแนวทางการแก้ไขมลพิษสิ่งแวดล้อม รับรู้ว่ามีเทศบาล/อบต. มีแผนป้องกันมลพิษสิ่งแวดล้อม และรับรู้ว่ามีเทศบาล/อบต.ดูแลควบคุมกำกับกิจการที่ก่อให้เกิดมลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติงานของภาครัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. ระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม

ด้านพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอสม. พบว่าพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีเพียงบางประเด็นที่มีการปฏิบัติในระดับน้อย คือการไม่ทิ้งขยะในถังขยะรวมใบเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนธรงค์ มากพันธ์ และคณะ ที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการทิ้งขยะรวมในถังขยะใบเดียวกันมากที่สุด⁽¹⁴⁾ สะท้อนให้เห็นถึงการจัดขยะที่ยังไม่ถูกหลักสุขาภิบาล อาจมีสาเหตุจากการขาดความรู้การรวบรวมมูลฝอยที่ถูกต้อง การไม่เห็นประโยชน์ของการแยกขยะนำไปใช้ประโยชน์ส่งผลต่อการรวบรวมมูลฝอยไว้โดยไม่มีการคัดแยก เช่นเดียวกับพฤติกรรมการไม่ปล่อยน้ำเสียที่ไม่ผ่านการบำบัดที่มีการปฏิบัติในระดับน้อย อาจมีสาเหตุจากการขาดความตระหนักถึงผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งนี้ น้ำเสียจะมีองค์ประกอบของสิ่งสกปรกและเชื้อโรคหากไม่มีการบำบัดหรือกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาลจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม⁽¹⁵⁾ ดังนั้น น้ำเสียจากครัวเรือนจึงต้องมีการบำบัดเบื้องต้นก่อนที่จะปล่อยออกสู่ทางหรือระบายน้ำสาธารณะ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม

การรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย ผลการวิจัยสนับสนุนการศึกษาของคณิต หนูพลอย ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน คือปัจจัยด้านความรู้สาธารณสุข⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ในระดับน้อยมีสาเหตุจากความเข้าใจ มั่นใจของ อสม. ต่อชุมชนว่ามีความปลอดภัย ไม่มีมลพิษทางด้านสิ่งแวดล้อม กอปรกับเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ที่ตั้งอยู่ในอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ที่กำลังขยายตัว โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ขนาดเล็ก สถานประกอบการ กิจกรรมในครัวเรือน และกิจกรรมในชุมชน ก่อให้เกิดมลพิษในปริมาณน้อย ไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างชัดเจน ส่งผลต่อการรับรู้ของ อสม. รวมถึงพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอสม. ในพื้นที่

การรับรู้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นฐานของการสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคล สามารถต่อยอดสู่การสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate community) ให้ประชาชนในชุมชนได้มีทักษะในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร ใช้สารสนเทศด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับบุคคล รวมถึงมีกระบวนการสื่อสารให้บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน คนในชุมชน ให้มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ต่อยอดสู่ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate community) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

อย่างต่อเนื่องและสามารถจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพภายใต้บริบทของชุมชนที่อาศัยอยู่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการวิจัย

1) หน่วยงานด้านสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการพัฒนาศักยภาพของสม. ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นหน่วยงานที่ให้ข้อมูล แนะนำช่องทางการเข้าถึงสื่อข้อมูลองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และทันสมัย ตลอดจนการสร้างความรู้ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับชุมชน

2) การดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ หน่วยงานแต่ละภาคส่วนที่มีการขับเคลื่อนด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมควรมีการบูรณาการงานร่วมกัน โดยมีสม. เป็นแกนหลักในพัฒนาเฝ้าระวัง และเป็นต้นแบบในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมความรู้ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับกลุ่มสม. และประชาชนทั่วไป

2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อมโดยแกนนำชุมชนหรือสม. หรือพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562 พฤศจิกายน 11]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
2. กองพัฒนาอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ กระทรวงอุตสาหกรรม. เกณฑ์และการเลือกตัวชี้วัดการเป็นเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562. มปท.
3. กระทรวงอุตสาหกรรม. Eco Industrial Town [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562 พฤศจิกายน 11]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.industry.go.th/industry/index.php/th/knowledge/item/10608-eco-industrial-town>
4. กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม. พื้นที่เป้าหมาย 15 จังหวัด 18 พื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562 พฤศจิกายน 11]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.diw.go.th/hawk/content.php>
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนอสม แยกตามตำบล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562 พฤศจิกายน 11]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000S8.php>
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม.ยุคใหม่.นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.

7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ปี 2550.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2550.
8. คณิต หนูพลอย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพัทลุง. [ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2553.
9. ประภา วุฒิกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี. [ปริญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา]. ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง; 2555.
10. จริยา อินทร์ศรี. การศึกษาความรู้และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนเข้มแข็ง (Active Community) พื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 30]. เข้าถึงได้จาก:
<http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResDetail.aspx?resCode=25620029>
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607–10.
12. ยุทธนา แยกคาย, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. การปฏิบัติงานตามบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2563;31(2):269-79.
13. World Health Organization, Thailand. มลพิษอากาศภายในครัวเรือน [อินเทอร์เน็ต] .2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 11]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/docs/default-source/environment-climate-change-and-health/air-pollution-infographics-in-thai>
14. วัฒนรงค์ มากพันธ์, ปิยวรรณ เนื่องมัจฉา, พิมพร มากพันธ์, เสาวลักษณ์ รุ่งตะสันเรืองศรี. ความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในเขตเทศบาลนครตรัง จังหวัดตรัง.วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ สงขลา. 2563;21(1):79-87.
15. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. คู่มือระบบบำบัดน้ำเสียชุมชน. [อินเทอร์เน็ต] 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มกราคม 8]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER056/GENERAL/DATA0000/00000973.PDF>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา

โสเมศิริ เดชรัตน์^{*}, พริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก^{**}

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม กับสถานการณ์และความเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความถูกต้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.975 ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วยบุคลากรในสถานศึกษาจำนวน 270 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง สิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Chi-square test ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analyses) ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรของสถานศึกษาทุกระดับ มีระดับความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =66.88, SD=8.39) ระดับทักษะในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.07, SD=0.22) และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.08, SD=0.27) พบว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นการจัดโครงการเพื่อเพิ่มความรู้ การเพิ่มทักษะในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างเหมาะสมและถูกหลักสุขาภิบาลต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยสัมพันธ์; การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ; สถานศึกษา

^{*} รองศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

^{**} อาจารย์ประจำ, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

^๑ ผู้เขียนหลัก โสมศิริ เดชรัตน์ Email: somsir@tsu.ac.th

รับบทความ: 1 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 4 ม.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 5 ม.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 5 มี.ค. 65

Factors Associated with Knowledge, Attitudes, and Behaviors in the Management of Infectious Wastes among Personnel from Academic Institutes

Somsiri Decharat^{*a}, Piriylux Phethuayluk^{**}

Abstract

This research aimed to study situations, knowledge levels, attitudes, and behaviors of infectious waste management, to examine relationships between personal factors and knowledge attitudes, and behaviors of infectious waste management, and to examine relationships between knowledge, attitudes, and behaviors with the situations and suitability for the management of infectious waste among personnel in academic institutions. Data were collected using a questionnaire with a content validity of 0.975. Samples included 270 personnel from academic institutes selected using purposive sampling method. The data were collected between October 2020 and August 2021. Descriptive data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. Inferential statistics using Chi-square tests, Pearson's product moment correlation coefficients, and multiple regression were conducted. Results showed that the personnel at all levels had knowledge in managing infectious wastes at a moderate level ($\bar{X}=66.88$, $SD=8.39$). Their attitudes in handling infectious wastes ($\bar{X}=2.07$, $SD=0.22$) and behaviors in managing infectious waste ($\bar{X}=2.08$, $SD=0.27$) were also at moderate levels. Knowledge, attitudes and behaviors in managing infectious waste had significant positive relationships with proper infectious waste management of infectious waste at $p=0.05$. Therefore, ongoing projects to improve knowledge and increasing skills in managing infectious wastes are necessary for schools and related agencies to properly manage infectious wastes to maintain proper sanitation.

Keywords: Associated factors; Infectious waste management; Academic institutes

^{*} Associate Professor, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

^{**} Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

^a Corresponding author Somsiri Decharat Email: somsiri@tsu.ac.th

Received: Dec. 1, 21; Revised: Jan. 4, 22; Accepted: Jan. 5, 22; Published Online: Mar. 5, 22

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 27 ธันวาคม 2564⁽¹⁾ พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2,437 ราย ยอดติดเชื้อรวมระลอกเมษายน 2,183,544 ราย รวมยอดติดเชื้อสะสม 2,212,407 ราย เสียชีวิตเพิ่ม 18 ราย เสียชีวิตสะสม 21,598 ราย หายป่วยเพิ่ม 3,845 ราย หายป่วยรวมระลอกเมษายน 2,128,947 ราย ผู้ป่วย กำลังรักษา 34,436 ราย จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต แบบวิถีชีวิตใหม่เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางปฏิบัติ ด้านสาธารณสุข⁽²⁾ เพื่อการคุ้มครอง ป้องกันสุขภาพ ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมในสถานที่ต่างๆ ไม่ให้ แพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนหมู่มากอันรวมถึงสถานศึกษาในทุกระดับด้วย การจัดการเพื่อป้องกันโรคติดต่อจะ ไม่ประสบความสำเร็จ หากไม่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากการรักษาหรือจากการควบคุมป้องกัน การติดเชื้อของมนุษย์จากโรคติดต่อ ซึ่งการดำเนินการเพื่อจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยภาพรวมที่เกิดขึ้นจาก แหล่งกำเนิดหลัก เช่น มูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาล และมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดรอง เช่น มูลฝอยที่เกิดขึ้นภายหลังที่กลับมารักษาตัวที่บ้านมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน⁽³⁾ และจากการระบาดของโรค โควิด-19 ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมระมัดระวังตนเองและปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่าง เคร่งครัด ดังนั้นสิ่งที่ตามมาคือปริมาณของขยะหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วก็เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย⁽⁴⁾ ซึ่งจะต้องมี แนวทางการจัดการที่เหมาะสมต่อไป⁽³⁾

สถานศึกษาเป็นสถานที่หนึ่งที่มีอาจจะเลยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ส่วนใหญ่มาจาก หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว สถานศึกษาต้องจัดการกับมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสมเนื่องจาก เป็นแหล่งเรียนรู้ที่นักเรียนจะศึกษาหาความรู้พัฒนาทักษะจากสิ่งที่มีอยู่ อีกทั้งยังเป็นแหล่งรวมของนักเรียน บุคลากร ส่วนหนึ่งจะมีมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นภายในสถานศึกษา หากสถานศึกษามีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่ไม่เหมาะสม สถานศึกษาจะกลายเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคได้ รวมถึงต้องจัดรูปแบบการเรียนรู้ที่ เหมาะสม ซึ่งไม่เฉพาะด้านวิชาการเท่านั้น แต่ยังรวมหมายถึงการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม และการเพิ่ม ทักษะชีวิตให้กับนักเรียนเพื่อสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป ซึ่งคำแนะนำและมาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางระบบหายใจมีดังนี้คือ โรงเรียนและสถานศึกษา⁽⁵⁾ ควรมีการแยกถังขยะสำหรับทั้ง โดยเฉพาะ ลักษณะของถังขยะควรมีถุงพลาสติกรองรับด้านในอีก 1 ชั้น และมีสติกเกอร์หรือข้อความระบุเป็น “ถังขยะสำหรับทั้งหน้ากากอนามัย หรือผ้าปิดปาก ปิดจมูก ที่ใช้แล้ว” ติดไว้ที่ถังขยะให้ชัดเจน เพราะสถานศึกษาเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เมื่อเจ็บป่วยจะแพร่เชื้อโรคสู่เด็กอื่นได้ง่าย^(6,7) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษา คราวเรือนหรือชุมชน⁽⁵⁾ จะต้องมีคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อบรรจุใน ถังขยะสีแดง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เก็บรวบรวมขนส่งมาที่จุดรวบรวม และนำไปกำจัดต่อไป และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษามีจำนวนจำกัด อย่างไรก็ตามภาพรวมของปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่ามาจากหลายปัจจัย เช่น ประชาชนไม่มีความตระหนัก มีความรู้ไม่เพียงพอในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ การมีส่วนร่วมของประชาชนน้อย หรือ ประชาชนทำการคัดแยกเรียบร้อยแล้วแต่การบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้ ดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น

ดังนั้นจึงเป็นที่มาของคำถามว่าระดับความรู้ ทักษคติ และพฤติกรรมของบุคลากรในสถานศึกษาอยู่ในระดับใด และปัจจัยใดบ้างมีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษาผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษาเพื่อจะนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมให้เกิดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และความเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา
2. ศึกษาระดับความรู้ ทักษคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ ทักษคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษคติ และพฤติกรรม กับสถานการณ์และความเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง สถานศึกษา ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 64 แห่ง โรงเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 85 แห่ง โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 9 แห่ง รวมทั้งหมด 158 แห่ง ผู้วิจัยคำนวณขนาดของประชากรตามตารางของ เครซีและมอร์แกน⁽⁸⁾ แยกตามระดับสถานศึกษาจะได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 56 แห่ง โรงเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 70 แห่ง โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 9 แห่ง รวมทั้งหมด 135 แห่ง ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) ตัวแทนจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) คือ หัวหน้า ศพด. 1 คน และครูผู้ดูแลเด็กเล็ก 1 คน รวมจำนวน 112 คน 2) หัวหน้าสถานศึกษา/ตัวแทน ระดับประถมศึกษา รวมจำนวน 140 คน และ 3) หัวหน้าสถานศึกษา/ตัวแทน ระดับมัธยมศึกษา รวมจำนวน 18 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 270 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 สถานการณ์และความเหมาะสมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้ ทักษคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา จำนวน 15 ข้อ 15 ข้อ และ 8 ข้อ ตามลำดับ

แบบสอบถามสถานการณ์และความเหมาะสมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (เหมาะสม=1, ไม่เหมาะสม=0) แปลผลเป็น 3 ระดับ ประยุกต์จาก Bloom⁽⁹⁾ โดยการแปลผล คือ เหมาะสมน้อย ปานกลาง มาก โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้คือ คะแนนร้อยละ 80 หรือมากกว่า แปลผลว่า เหมาะสมมาก คะแนนร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79.99 แปลผลว่า เหมาะสมปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 แปลผลว่า เหมาะสมน้อย

การวัดความรู้ (ถูก=1, ผิด=0) แปลผลเป็น 3 ระดับประยุกต์จาก Bloom⁽⁹⁾ โดยการแปลผล คือ ระดับความรู้น้อย ปานกลาง และมาก โดยจะใช้ค่าเฉลี่ย (Means) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations) ร้อยละ 80 หรือมากกว่า แปลผลว่า ระดับความรู้มาก ร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79.99 แปลผลว่า ระดับความรู้ปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 แปลผลว่า ระดับความรู้น้อย

การวัดทัศนคติด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ให้คะแนนแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scales) 5 ระดับ⁽¹⁰⁾ ดังนี้ เห็นด้วยมาก=4 คะแนน ค่อนข้างเห็นด้วย=3 คะแนน เห็นด้วย=2 คะแนน ค่อนข้างไม่เห็นด้วย=1 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง=0 คะแนน โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับทัศนคติของตนเองมากที่สุด การให้ค่าคะแนนพิจารณาภาพรวมมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยได้แบ่งระดับขั้นคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁹⁾ แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

การวัดระดับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ให้คะแนน แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scales) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้งทุกวันในหนึ่งสัปดาห์=4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึงปฏิบัติ 5-6 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์=3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งหมายถึงปฏิบัติ 3-4 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์=2 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึงปฏิบัติ 1-2 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์=1 คะแนน และถ้าไม่เคยปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์=0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าของคะแนนพฤติกรรม พิจารณาจากภาพรวมมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล โดยได้แบ่งระดับขั้นคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽⁹⁾ แปลผลพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ดังนี้

- 1) แบบสอบถามที่มีข้อความถามสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลใช้ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
- 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกับปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติ Chi-square และวิเคราะห์ปัจจัยสำหรับกลุ่มข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติจะใช้ Pearson's correlation ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม นำแบบสอบถามที่สร้างและปรับปรุงแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ โดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.975 สำหรับค่า IOC แยกย่อย 3 ส่วน คือ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.970, 0.984, และ 0.972 ตามลำดับ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องแล้ว ไปทดลองใช้กับบุคลากรซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.985 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขจนเรียบร้อยสมบูรณ์แล้ว ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.56) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี (ร้อยละ 54.07) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 75.93) ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ร้อยละ 41.48) โรงเรียนประถมศึกษา (ร้อยละ 51.85) และโรงเรียนมัธยมศึกษา (ร้อยละ 6.67) อายุการทำงานส่วนใหญ่มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี (ร้อยละ 55.93) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ประชุม/อบรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา จำนวน 1 ครั้งหรือมากกว่า (ร้อยละ 42.96) ตามลำดับ

สถานการณ์และความเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา

ผลการสำรวจความเหมาะสมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานศึกษา พบว่า สถานศึกษามีถังขยะแยกมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่สถานศึกษาชัดเจน จำนวน 47 แห่ง (ร้อยละ 34.81) มีถังขยะแยกมูลฝอยติดเชื้อตั้งไว้ในพื้นที่ที่เหมาะสม จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 20.00) ประเด็นการแต่งกายของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษา พบว่า บุคลากรในสถานศึกษาแต่งชุดทำงานปกติที่สวมใส่มาทำงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 37 แห่ง (ร้อยละ 27.41) บุคลากรสวมชุดทำงานและอุปกรณ์ป้องกันตัว มีถุงมือยาวหนา มีผ้ากันเปื้อน สวมรองเท้าบูท มีผ้าปิดจมูกเป็นครั้งคราว จำนวน 59 แห่ง (ร้อยละ 43.70) และบุคลากรสวมชุดทำงานและอุปกรณ์ป้องกันตัว มีถุงมือยาวหนา มีผ้ากันเปื้อน สวมรองเท้าบูท มีผ้าปิดจมูกเป็นประจำ จำนวน 39 แห่ง (ร้อยละ 28.89)

ประเด็นสถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษามีความเหมาะสม พบว่ามีจำนวน 78 แห่ง (ร้อยละ 57.78) และมีสภาพของที่พักมูลฝอยติดเชื้อเหมาะสมมีจำนวน 95 แห่ง (ร้อยละ 70.37) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษามีความเหมาะสมมีจำนวน 96 แห่ง (ร้อยละ 71.11) มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษาที่เหมาะสมมีจำนวน 29 แห่ง (ร้อยละ 21.48) สำหรับสถานศึกษาที่มีรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยการเผา พบว่ามีจำนวน 26 แห่ง (ร้อยละ 30.24) ทำการเผามูลฝอยติดเชื้อทุกวัน และเผามูลฝอย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์และ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีจำนวนรูปแบบละ 30 แห่ง (ร้อยละ 34.44) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความเหมาะสมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานศึกษาบนฐานกลไกการจัดการภายในท้องถิ่น
แยกเป็นระดับสถานศึกษา (n=135)

ประเด็นพิจารณา	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานศึกษามีถังขยะแยกมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่สถานศึกษาชัดเจน		
- มี	47	34.81
- ไม่มี	88	65.19
2. สถานศึกษามีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป		
- มี	27	20.00
- ไม่มี	108	80.00

**ตารางที่ 1 (ต่อ) ความเหมาะสมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานศึกษาบนฐานกลไกการจัดการภายใน
ท้องถิ่น แยกเป็นระดับสถานศึกษา (n=135)**

ประเด็นพิจารณา	จำนวน	ร้อยละ
3. การแต่งกายของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษา		
- แต่งชุดทำงานปกติ	37	27.41
- บุคลากรสวมชุดทำงานและอุปกรณ์ป้องกันตัว มีถุงมือยาวหนา มีผ้ากันเปื้อน สวมรองเท้าบูท มีผ้าปิดจมูกเป็นครั้งคราว	59	43.70
- บุคลากรสวมชุดทำงานและอุปกรณ์ป้องกันตัว มีถุงมือยาวหนา มีผ้ากันเปื้อน สวมรองเท้าบูท มีผ้าปิดจมูกเป็นประจำ	39	28.89
4. สถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษา		
- เหมาะสม	78	57.78
- ไม่เหมาะสม	57	42.22
5. สภาพของที่พักมูลฝอยติดเชื้อ		
- เหมาะสม	95	70.37
- ไม่เหมาะสม	40	29.63
6. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษา		
- เหมาะสม	96	71.11
- ไม่เหมาะสม	39	28.89
7. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษา		
- เหมาะสม	29	21.48
- ไม่เหมาะสม	106	78.52
8. ความถี่ในการเผา (n=86)		
- ทุกวัน	26	30.24
- 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	30	34.88
- 1 ครั้งต่อสัปดาห์	30	34.88

ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา

ผลการสำรวจระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ของบุคลากรในสถานศึกษารายงานผลเป็นระดับ (ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน-SD) พบว่า โดยภาพรวมระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเท่ากับ 66.88 (SD=8.39) คะแนน พบว่าข้อคำถามที่บุคลากรในสถานศึกษาตอบถูกมากที่สุดคือ “มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยประเภท/ลักษณะอย่างไร” สำหรับข้อคำถามที่บุคลากรในสถานศึกษาตอบถูกน้อยที่สุดคือ “การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะควรดำเนินการอย่างไร”

ระดับทัศนคติโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเท่ากับ 2.07 (SD=0.22) คะแนน พบว่าข้อคำถามที่บุคลากรในสถานศึกษามีทัศนคติไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือ “การเฝ้ามูลฝอยติดเชื้อมีผลต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์” สำหรับข้อคำถามที่บุคลากรในสถานศึกษามีทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุดคือ “มูลฝอยติดในสถานศึกษาเป็นหน้าที่ของทุกคนที่มีส่วนร่วมในสถานศึกษา”

ระดับพฤติกรรมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนระดับพฤติกรรมเท่ากับ 2.08 (SD=0.27) คะแนน พบว่าข้อคำถามที่บุคลากรในสถานศึกษามีพฤติกรรมปฏิบัติระดับมากที่สุดคือ “ท่านทำความสะอาดมือ/ร่างกายเมื่อสัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อ โดยการใช้สบู่/เจล/แอลกอฮอล์” สำหรับข้อคำถามที่บุคลากรในสถานศึกษามีพฤติกรรมปฏิบัติระดับน้อยที่สุดคือ “ท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทผ้าปิดจมูก กระดาษชำระ ออกจากมูลฝอยประเภทอื่น ๆ หรือไม่” ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา (n=270)

ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
ระดับความรู้		
มาก (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	67 (24.81)	82.48 (8.98)
ปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79.99)	134 (49.63)	64.54 (7.94)
น้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	69 (25.56)	53.61 (8.26)
ภาพรวมระดับความรู้ปานกลาง ค่าเฉลี่ย=66.88 (SD=8.39)		
ระดับทัศนคติ		
สูง (คะแนน 2.36–3.00)	57 (21.11)	2.49 (0.31)
ปานกลาง (คะแนน 1.68–2.35)	186 (68.89)	2.10 (0.16)
ต่ำ (คะแนน 1.00–1.67)	27 (10.00)	1.63 (0.19)
ภาพรวมระดับทัศนคติปานกลาง ค่าเฉลี่ย=2.07 (SD=0.22)		
ระดับพฤติกรรม		
สูง (คะแนน 2.36–3.00)	34 (12.60)	2.53 (0.30)
ปานกลาง (คะแนน 1.68–2.35)	169 (62.59)	2.13 (0.36)
ต่ำ (คะแนน 1.00–1.67)	67 (24.81)	1.58(0.16)
ภาพรวมระดับพฤติกรรมปานกลาง ค่าเฉลี่ย=2.08 (SD=0.27)		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา ผลการศึกษาพบว่าเพศ และระดับมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.049 และ 0.001 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับทัศนคติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษาผลการศึกษพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับทัศนคติการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษาระดับการศึกษา อายุการทำงาน และประสบการณ์ประชุม/อบรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.003 0.048 และ 0.037 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา (n=270 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	p-value		
		ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม
เพศ		0.049*	0.642	0.294
ชาย	9 (3.33)			
หญิง	261 (96.67)			
อายุ		0.919	0.424	0.463
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี	146 (54.07)			
มากกว่า 45 ปี	124 (45.93)			
อายุเฉลี่ย = 45.0 ปี (SD=9.15 ปี)				
ระดับการศึกษา		0.001*	<0.001**	0.003*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	25 (9.26)			
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	205 (75.93)			
ปริญญาโทหรือเทียบเท่า	40 (14.81)			
อายุการทำงาน		0.905	0.404	0.048*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี	151 (55.93)			
มากกว่า 15 ปี	119 (44.07)			
อายุการทำงานเฉลี่ย = 15.0 ปี (SD=6.50 ปี)				
ประชุม/อบรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา		0.591	0.308	0.037*
1 ครั้ง	154 (57.04)			
มากกว่า 1 ครั้ง	116 (42.96)			

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p=0.05$

** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p=0.01$

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม กับสถานการณ์และความเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ทำการศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษา รายงานผลเป็นระดับ (ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน-SD) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง (66.88, SD=8.39) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.591$) ปัจจัยด้านทักษะเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (2.07, SD=0.22) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.524$) ปัจจัยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (2.08, SD=0.27) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.679$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกหลักสุขาภิบาล

ปัจจัย	การแปลผล	ค่าเฉลี่ย (SD)	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	
			r	p-value
ความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	ปานกลาง	66.88 (8.39)	0.591	0.001*
ทักษะการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	ปานกลาง	2.07 (0.22)	0.524	0.012*
พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	ปานกลาง	2.08 (0.27)	0.679	0.021*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าสถานศึกษาส่วนมากไม่มีการจัดถังขยะหรือถังรองรับมูลฝอยที่มีการติดป้ายหรือสัญลักษณ์ว่าเป็นถังขยะติดเชื้อ และพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของสถานศึกษาแต่ละระดับไม่มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยทั่วไป จากการสัมภาษณ์ ผู้กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “มูลฝอยติดเชื้อส่วนมากเกิดจากห้องปฐมพยาบาล ซึ่งนานๆ จะเกิดอุบัติเหตุกับนักเรียน” หรือกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความเข้าใจผิดว่าถังขยะอันตรายคือขยะติดเชื้อ สามารถใช้รวมกันได้ ดังนั้น การสร้างความเข้าใจและตระหนักในการจัดหาภาชนะรองรับมูลฝอยเชื้อตามแนวทางคู่มือมาตรการและแนวทางในการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)⁽³⁾ จึงมีความจำเป็นการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษาจะถูกเก็บรวบรวมโดยนักการภารโรงหรือลูกจ้างที่ทางสถานศึกษาจัดหา ผลการศึกษาพบว่า สถานศึกษาระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะเก็บรวบรวมด้วยตนเอง สำหรับระดับประถมศึกษาภารโรงจะสวมชุดทำงานและอุปกรณ์ป้องกันตัว เช่น ถุงมือยาวหนา ผ้ากันเปื้อน และอาจสวมรองเท้าบูท มีผ้าปิดจมูกเป็นครั้งคราว ขณะเดียวกันการจัดเก็บรวบรวมในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา ภารโรงจะสวมชุดทำงานและอุปกรณ์ป้องกันตัว เช่น ถุงมือยาวหนา ผ้ากันเปื้อน และอาจสวมรองเท้าบูท มีผ้าปิดจมูกเป็นประจำ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเนื่องจากระดับ/ขนาดของสถานศึกษาที่มีความแตกต่างกันของงบประมาณในการจัดสรรอุปกรณ์เครื่องป้องกันร่างกาย ประเด็นสถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อในสถานศึกษาพบว่าสถานศึกษาไม่กี่แห่งที่มีการจัดสรรสถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อ

แยกจากมูลฝอยประเภทอื่นๆ รูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานศึกษาส่วนมากจะเก็บรวบรวมส่งต่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำจัดต่อไป อย่างไรก็ตามพบว่าสถานศึกษาจำนวนหนึ่งจะกำจัดมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับมูลฝอยทั่วไปที่เกิดขึ้นในสถานศึกษาโดยวิธีการเทกองรวมกันแล้วเผาในพื้นที่โล่งแจ้ง และบางส่วนจะขุดหลุมและเผารวมกับมูลฝอยทั่วไป ซึ่งอาจจะทำการเผาทุกวัน หรือ 2-3 วัน/เผา 1 ครั้ง หรือ เผา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การเผาที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยปัจจัยคือ ปริมาณเชื้อเพลิงต่ออากาศ อุณหภูมิ เต้าที่ใช้เผา และอัตราการป้อนเชื้อเพลิง⁽¹¹⁾ ซึ่งรูปแบบของเต้าเผาขยะในที่โล่งจะทำให้เกิดมลพิษ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้⁽¹²⁾ จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำหน้าที่เผามูลฝอยของสถานศึกษาพบว่า มีประสิทธิภาพการถูกรังเรียนจากชาวบ้านในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุย เล่าปัญหาที่ประสบ จากการเผามูลฝอย เป็นต้น

ผลการศึกษาโดยภาพรวมระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.63, 68.89 และ 62.59 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภา คำเขียน⁽¹³⁾ ที่พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลพิจิตรมีความรู้ทักษะและพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 69.33, 58.00 และ 59.67 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของธงชัย มั่นคง⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อพฤติกรรม การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ยอมรับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ขณะเดียวกันระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ พูนพนิต โอเอี่ยม⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อ ยอมรับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับทัศนคติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮุสนา โรมินท์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้และทัศนคติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรในสถานศึกษา พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อ⁽¹⁷⁾ ขณะเดียวกันพบว่าอายุการทำงานและประสบการณ์อบรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อ⁽¹⁶⁾

ผลการศึกษาหาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ปลอดภัย อยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสาท รุจิรัตน์⁽¹⁷⁾ ที่รายงานว่าการกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อในระดับสูง จะมีพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อเหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีระดับความรู้ต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ คงพิรุณ, สรัญญา ถีป้อม และวิโรจน์ จันท⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าความรู้และทัศนคติที่ดีในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จากผลการศึกษาครั้งนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในกลุ่มผู้ที่รับผิดชอบและจัดการ

มูลฝอยติดเชื้อโดยตรง ได้แก่ นักการภารโรง หรือลูกจ้างจึงควรได้รับการอบรมด้านความรู้และพฤติกรรม ที่ถูกต้องในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มครู บุคลากร และนักเรียนอย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารสถานศึกษาควรมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมถึง ขยะประเภทอื่นๆ เช่น การเข้าร่วมฝึกอบรมสัมมนากับหน่วยงานที่รับผิดชอบมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
2. สถานศึกษาควรส่งเสริมกิจกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงขยะประเภทอื่นๆ ในสถานศึกษา อย่างต่อเนื่อง
3. สถานศึกษาควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นต้น ในการวางแผน การแจ้งข่าวสาร การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อรวมถึง ขยะประเภทอื่นๆ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและสร้างความตระหนักรู้ด้านสิ่งแวดล้อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรในสถานศึกษาทุกระดับที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และให้ความร่วมมือและ อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงได้ด้วยดี งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยเงินรายได้ มหาวิทยาลัยทักษิณ ประเภททุนวิจัยบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณสำหรับการสนับสนุนให้โครงการวิจัยบรรลุ ผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ในประเทศไทย: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 27]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ใน ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf
3. กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/environment/common_form_upload_file/20140627113745_1065027131.pdf
4. มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย (ม.ส.ท.). ขยะ “แมสก์” ล้นเมือง ยากจะทิ้งก็ทิ้งไม่ได้เหรอ! [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tei.or.th/th/highlight_detail.php?event_id=1146

5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษา ในการป้องกันการแพร่ระบาดของของโรคโควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 3]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.pidst.or.th/A907.html>
6. Sommer C, Resch B, Simões EAF. Risk factors for severe respiratory syncytial virus lower respiratory tract infection. *Open Microbiol J.* 2011; 5(2):144-54. doi: 10.2174/1874285801105010144.
7. Sun Y, Sundell J. Early daycare attendance increase the risk for respiratory infections and asthma of children. *J Asthma.* 2011 Oct;48(8):790-6.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970;30:607-10. doi: 10.1177/001316447003000308.
9. Bloom B. *Mastery learning.* New York: Holt, Rinehart & Winston;1971.
10. สีน พันธุ์พินิจ. เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2553.
11. Susastriawan AAP, Saptoadi H, Purnomo. Small-scale downdraft gasifiers for biomass gasification: A review. *Renewable and Sustainable Energy Reviews.* 2017;76:989-1003.
12. United States Environmental Protection Agency (US EPA). Health and environmental effects of particulate matter (PM) [Internet]. No date [Retrieved 2020 Sep. 5]. Available from: <https://www.epa.gov/pm-pollution/health-and-environmental-effects-particulate-matter-pm>
13. สุขชา คำเขียน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร ในโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563; 5(9):125-39.
14. ธงชัย มั่นคง. พฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2560;13(1):37-50.
15. พูนพินิต โอเอี่ยม. พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิทยบริการ. 2556;24(4):126-34.
16. ยุสนา โรมินทร์. การศึกษาเรื่อง ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร ในคลินิก จังหวัดภูเก็ต [วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีและการจัดการสิ่งแวดล้อม]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
17. ประสาท รุจิรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรโรงพยาบาลวังน้ำเขียว. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2562;5(2):35-52.
18. วันวิสาข์ คงพิรุณ, สรัญญา ถีป้อม, วิโรจน์ จันทร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในหมู่บ้านโป่งปะ ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(2): 310-21.

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

ประเสริฐ เก็มประโคน^{*}, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์^{**}, วิไลพร คลีกร^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาระบบนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการเดือนมกราคม 2560 ถึงกันยายน 2563 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาตามกรอบแนวคิด PIRAB 2) ออกแบบพัฒนาระบบโดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ 3) ดำเนินการตามระบบที่วางไว้ 4) ปรับปรุงระบบ 5) นำระบบไปใช้จริง ประเมินประสิทธิผล และปัจจัยแห่งความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการทางสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวบรวมข้อมูลโดยรายงานการจัดทำแผนรายบุคคลของผู้สูงอายุ เกณฑ์ตำบล Long Term Care (LTC) แบบประเมิน Activities of Daily Living (ADL) และแบบสอบถามเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) กระบวนการนำเข้า: ระบบการเงินการคลัง การบริหารทรัพยากร การบริหารจัดการกำลังคน การบริหารจัดการ และระบบฐานข้อมูล (2) กระบวนการดำเนินงาน: กลไกการขับเคลื่อนของท้องถิ่น การจัดบริการในหน่วยบริการและในชุมชน และระบบพี่เลี้ยง (3) กระบวนการประเมินผล: ประเมินประสิทธิผลจาก (1) ผู้สูงอายุมี ADL เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.29 เป็นร้อยละ 33.27 (2) การดำเนินงานตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 99.47 (188/189 ตำบล) (3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบ LTC เพิ่มขึ้นจาก 373 คน เป็น 6,307 คน และ (4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นจาก 51 แห่งเป็น 207 แห่ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแล 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา และ 4) การติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงควรพัฒนาความร่วมมือทุกภาคส่วน และสนับสนุนกำลังคนในการดูแล เพื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; การเข้าถึงบริการ

^{*} นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

^{***} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

^a ผู้เขียนหลัก ประเสริฐ เก็มประโคน Email: sertkem@gmail.com

รับบทความ: 20 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 5 ม.ค. 65; ตอปรับตีพิมพ์: 5 ม.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 5 มี.ค. 65

Development of a Long-Term Care System and Access to Service for Dependent Elderly in Buriram Province

Prasert Kempakon^{*a}, Monthichar Chenphanitsub^{**}, Wiliporn Kleekorn^{***}

Abstract

This research and development project aimed to develop and evaluate the effectiveness of the long-term care (LTC) system for dependent elderly in Buriram province. The study was implemented during January 2017 and September 2020 with the following five steps: 1) studying and analyzing of problems according to PIRAB framework, 2) designing and developing a system based on system-theory concepts, 3) piloting the developed system, 4) evaluating and making adjustments to improve the system, and 5) implementing the system and evaluating on effectiveness of the system and key success factors. The samples were health care providers, responsible persons at local administrative organizations, and dependent elderly. The data were collected through care plan reports, LTC data based on sub-district criteria, activities of daily living (ADL) assessment forms, and a qualitative questionnaire. The collected data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results showed that **(1) Input process** included the fiscal and financial system, resource management, manpower management, management and service arrangement and database system; **(2) Operation process** was consisted of mechanism at the local levels, providing services at the service center and in the communities, and mentoring system; **(3) Evaluation process** showed that (a) elderly in LTC had ADL increased from 14.29% to 33.27%, (b) the LTC program at sub-district operations passed the criteria at 99.47% (188 out of 189 districts), (c) dependent elderly receiving services from the LTC program had increased from 373 to 6,307 individuals, and (d) local administrative organization joining LTC Fund increased from 51 to 207 sites. Success factors included 1) mechanism to improve the quality of life through District Health Board, 2) improvement of caregivers' confidence in taking care of the elderly, 3) having a mentoring system in counseling, and 4) continuous follow-up of site visits. It was recommended from this study that, the development of the LTC system for elderly

* Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

^a Corresponding author Prasert Kempakon Email: sertkem@gmail.com

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

^{***} Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Buriram Provincial Public Health Office

Received: Dec. 20, 21; Revised: Jan. 5, 22; Accepted: Jan. 5, 22; Published Online: Mar. 5, 22

should be cooperated with all sectors and manpower in caring for the elderly should be supported for the elderly to have good care and reach quality of life.

Keywords: Long-Term Care; Dependent Elderly; Access to services

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนทั่วโลก สหประชาชาติคาดประมาณว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ⁽¹⁾ การที่ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ จำเป็นต้องตระหนักในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาระบบต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะระบบสุขภาพที่จะมีผลกระทบกับผู้สูงอายุโดยตรง สังคมไทยต้องเผชิญกับประเด็นท้าทายต่อคุณภาพของประชากรสูงอายุ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ มลนิธิผู้สูงอายุไทย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังเป็นประจำตัว⁽²⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมีอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง กลายเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง และเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวมากที่สุด รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อไม่ให้เป็นการของครอบครัวยิ่งได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัวปกติเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ว่าเป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁽⁴⁾ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย⁽⁵⁾ พบว่ามีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนานาชาติ โดยเน้นการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพระหว่างครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่างๆ ร่วมกันดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวยังต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มเติมจากการดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลัน⁽⁶⁾ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมาอยู่ในภาวะตึงรับ สามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และเป็นในรูปแบบการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565 เหล่านี้คือความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบการดูแลระยะยาวขึ้นมารองรับ⁽⁷⁾

ระบบการดูแลระยะยาว คือการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐาน

การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁽⁸⁾ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีการนำนโยบายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2558 มีพื้นที่ 2 ตำบลนำร่องต่อมาในปีงบประมาณ 2559 มีพื้นที่สมัครเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จำนวน 51 แห่ง⁽⁹⁾ ในช่วงแรกของการดำเนินงานพบปัญหาและอุปสรรค เช่น ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) เนื่องจากเกิดความไม่มั่นใจในต่อระเบียบการใช้จ่ายงบ LTC ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กับกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้หากคนที่มีคุณสมบัติตามกำหนดมารับการอบรม CG ค่อนข้างยาก หรือปัญหาการอบรมแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ไม่ได้ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การเบิกจ่ายงบประมาณมีความซับซ้อน เกิดความไม่เข้าใจ ทำให้การเบิกจ่ายล่าช้า ผู้รับผิดชอบงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่เข้าใจระบบ ขาดการประสานงาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการประเมิน ตกหล่นจากบัญชี เป็นต้น ทำให้พื้นที่อื่นเกิดความลังเล ไม่สนใจเข้าร่วมกองทุน LTC^(9,10) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อการจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระหว่างท้องถิ่นในพื้นที่ สถานบริการสาธารณสุข บุคลากรที่ให้บริการและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพมีประสิทธิภาพและความพึงพอใจ ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการเพิ่มการเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว และพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

คำถามในการวิจัย

1. ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์เป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์เป็นอย่างไร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2560–กันยายน 2563 ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ใบรับรองเลขที่ BRO 2016-018 ภายหลังจากการรับรอง ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตามเกณฑ์ที่กำหนด มีจำนวน 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มบุคลากรที่รับผิดชอบงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องกับตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรรับผิดชอบงานเกี่ยวข้องกับตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนี้

- ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานจากองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “ตำบลต้นแบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว” ในปีงบประมาณ 2559 ทุกระดับฯ ละ 2 ตำบล ได้แก่ ระดับ ดีเด่น ระดับดีมาก ระดับดี และระดับพื้นฐาน จำนวน 8 ตำบล รวมจำนวน 24 คน

- ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ที่สมัครเข้าระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “ตำบลต้นแบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว” ในปีงบประมาณ 2559 ระดับดีเด่น จำนวน 15 ตำบล ได้แก่ ผู้บริหาร อปท. หรือตัวแทน ผู้จัดการการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสาธารณสุขจังหวัด รวมจำนวน 60 คน

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่ระบบ LTC และได้รับการยืนยันจาก สปสช. คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ช่วงเดือนเมษายน 2560 ถึงเดือนกันยายน 2560 จำนวน 1,093 คน ช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561 จำนวน 373 คน ช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 จำนวน 2,778 คน และช่วงเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 จำนวน 6,307 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี โดยผ่านการตรวจสอบเชิงโครงสร้างและเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานตำบล LTC จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามในการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และระบบการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) ตามกรอบแนวคิดกลยุทธ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพ คือ PIRAB⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย P-Partner, I-Invest, R- Regulate and Legislate, A- Advocate และ B-Build Capacity และวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของระบบที่ดำเนินการผ่านมา

1.2 แบบสอบถามในการออกแบบระบบและพัฒนาระบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ 1) ข้อมูลนำเข้า (Input) เป็นข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค 2) กระบวนการทำงาน (Process) และ 3) ผลผลิต (Output) เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ/อุปสรรค ในการดำเนินงานของพื้นที่ต้นแบบ

1.3 แบบสอบถามในการปรับปรุงระบบฯ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามรูปแบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น และผลการจัดเก็บตัวชี้วัด

1.4 แบบสอบถามในการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดในการวิเคราะห์

2. แบบประเมินตามเกณฑ์ตำบล LTC แบบประเมิน Activities of Daily Living (ADL) แบบรายงานการจัดทำ Care Plan ของกรมอนามัย

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของการดำเนินงาน เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาในช่วงแรกของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที ดำเนินการช่วงเดือนมกราคม 2560

ขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว เป็นการออกแบบและพัฒนาระบบการทำงานผ่านการประชุมระดมสมอง ดำเนินการช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560–เดือนมีนาคม 2560

ขั้นที่ 3 ดำเนินการตามระบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน ดำเนินการช่วงเดือนเมษายน 2560–เดือนกันยายน 2560

ขั้นที่ 4 ปรับปรุงระบบและดำเนินการตามระบบครั้งที่ 2 หลังจากดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้การสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที ใช้ระยะเวลาอีก 12 เดือนในการดำเนินการตามระบบดังกล่าว ดำเนินการช่วงเดือนตุลาคม 2560–เดือนกันยายน 2561

ขั้นที่ 5 การนำระบบไปใช้จริง เป็นการศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง และ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 24 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ (1) ประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยติดตามประเมินจากพื้นที่ที่สมัครใจเข้าร่วมระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ทั้งหมดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559–ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 207 แห่ง ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2561–กันยายน 2563 (2) สรุปและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดูแลสุขภาพระยะยาวการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนสิงหาคม–กันยายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

จังหวัดบุรีรัมย์ แบ่งการปกครองออกเป็น 23 อำเภอ 189 ตำบล มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 208 แห่ง ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2560-2563 มีสัดส่วนร้อยละ 14.41, 18.86, 19.87 และ 20.48 ตามลำดับ ผลการวิจัยนำเสนอตามขั้นตอนการศึกษา 5 ขั้นตอน ดังนี้

ผลการศึกษาขั้นที่ 1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงาน โดยใช้กรอบแนวคิด PIRAB โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 30-39 ปี ผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด PIRAB (P-Partner I-Invest R- Regulate and Legislate A- Advocate B-Build Capacity) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตามหลักการของ PIRAB

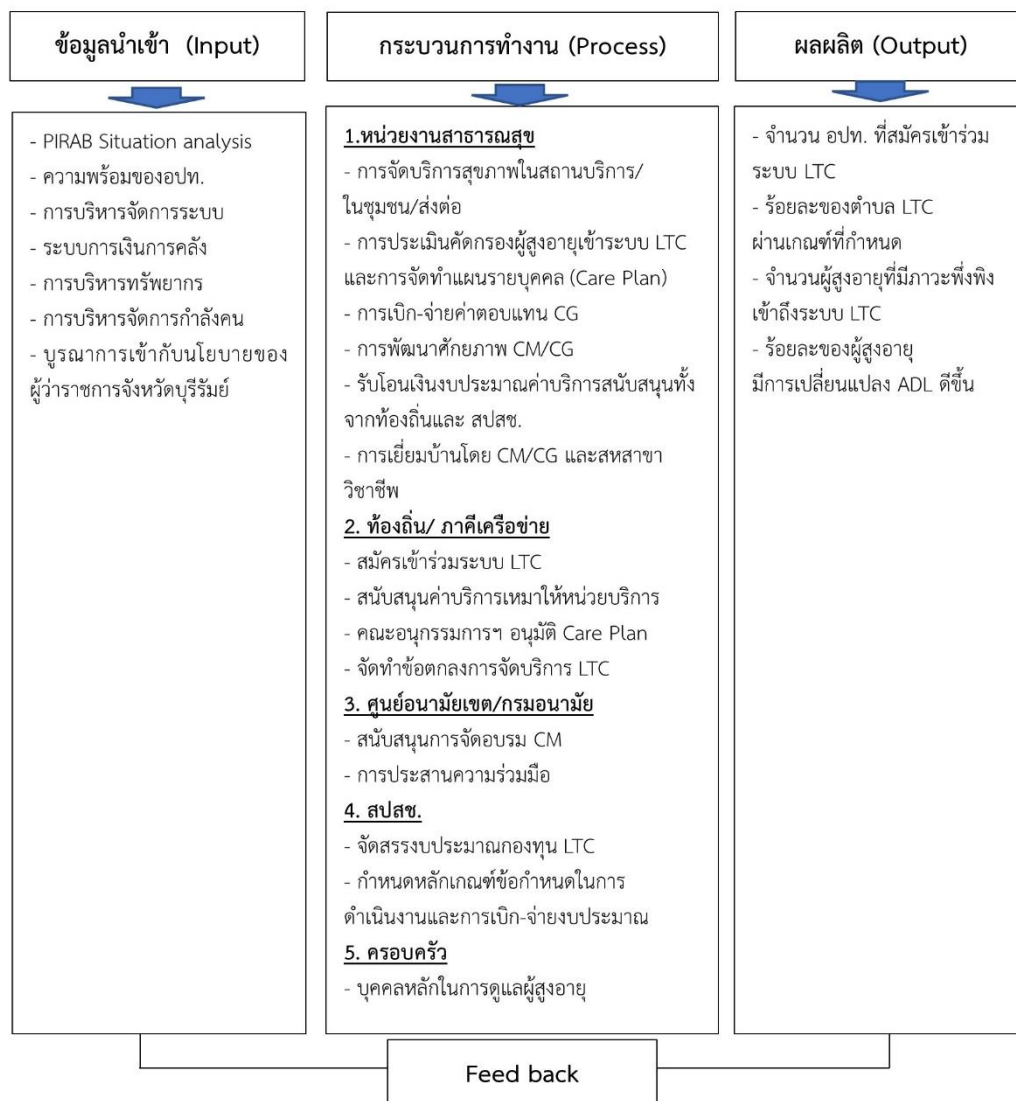
PIRAB	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
1. P-Partner	● มีคณะกรรมการกองทุนขับเคลื่อนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ● ขาดความชัดเจนของบทบาท อปท. ในระบบดูแลระยะยาว และศักยภาพของอปท. เอง
2. I-Invest	● ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกองทุน Long Term Care เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ ● มีความหลากหลายของรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนของ CG ● กระบวนการและขั้นตอนการเบิกจ่ายงบ Long Term Care ที่ค่อนข้างซับซ้อนและต้องเชื่อมประสานกัน ● กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ครอบคลุมทุกสิทธิ์ (ได้เฉพาะสิทธิ์ UC)
3. R-Regulate and Legislate	● คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขเรื่องค่าตอบแทน CG ทำให้เกิดความสับสนของพื้นที่ ● ขาดความชัดเจนของระเบียบการใช้งบ Long Term Care และระเบียบการใช้งบจาก อปท. ในการสนับสนุนการจัดบริการ
4.A- Advocate	● จังหวัดบุรีรัมย์มีคณะทำงานระดับพื้นที่อำเภอ/ตำบล ในการติดต่อสื่อสารการทำงาน ● ขาดประสานความร่วมมือและทำความเข้าใจกับ อปท. ในเรื่องแนวทางและสิทธิประโยชน์ ● ประสานเชื่อมโยงการทำงานระหว่าง อปท. สาธารณสุข และชุมชน ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
5.B-Build Capacity	● มีการพัฒนาศักยภาพ CM และ CG มีจำนวน CM ที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัย 10 คน และ จำนวน CG ที่ผ่านการอบรม หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย 477 คน ● CM และ CG ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ● ขาดกลไกการสนับสนุน และพัฒนาศักยภาพการทำงานของ CM อำเภอ ● การอบรม CG มีผู้สนใจสมัครเข้าร่วมอบรมน้อย เนื่องจากคุณสมบัติไม่ผ่านเกณฑ์ (จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3) ● ปัญหา CG ที่ผ่านการอบรมแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ รวมถึง CG บางคนมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ตนไม่ถนัด

สำหรับระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านมา พบว่า จุดแข็งคือ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอ มองเป้าหมายเดียวกัน บุคลากรด้านสาธารณสุขมีศักยภาพสูง ซึ่งเอื้อต่อการดูแลและบำบัดรักษาผู้สูงอายุ และมีการจัดทำตัวอย่างโครงการเพื่อความสะดวกในการดำเนินงาน LTC ในส่วนของจุดอ่อน คือ ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการมีข้อจำกัดทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ CM มีการงานเยอะ CG ขาดความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ และสมัครเข้าร่วมอบรมน้อย ผู้รับผิดชอบของอปท. ไม่เข้าใจระบบการเตรียมความพร้อมของ อปท. ไม่เพียงพอ อปท.บางแห่งยังคิดว่าเป็นงานของสาธารณสุข ขาดความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในบางพื้นที่ แนวทาง/ระบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน การกำหนดแนวทางการใช้งบประมาณยังไม่ชัดเจน ซ้ำซ้อน ยุ่งยากต่อการใช้ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการประเมินตกหล่นจากบัญชี

ผลการศึกษาขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ ดังนี้ นำปัญหาที่ได้จากขั้นที่ 1 เข้าสู่การระดมสมอง เพื่อหาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จังหวัดบุรีรัมย์ สรุปดังภาพที่ 1 ดังนี้ (1) ข้อมูลนำเข้า ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิด PIRAB ความพร้อมของ อปท. ในการสมัครใจเข้าร่วมในระบบ LTC การบริหารจัดการระบบ: มีเจ้าภาพรับผิดชอบชัดเจน ระบบการเงินการคลัง: ศึกษาระเบียบกองทุน การเบิก-จ่ายงบประมาณ ระยะเวลาในการเบิก-จ่าย การบริหารทรัพยากร: การจัดหาอุปกรณ์ต่างๆให้กับผู้สูงอายุ การบริหารจัดการกำลังคน: ความพร้อมของ CM การหา CG ในพื้นที่ ครอบคลุมของจำนวน CM/CG และการบูรณาการงาน LTC เข้ากับนโยบายจากผู้ว่าราชการจังหวัด โดยจังหวัดบุรีรัมย์มีการพัฒนาจังหวัดด้วยตัวแบบระบบการบริหารจัดการรายกรณี (B-CM Model: Buriram Case Manager Model) ซึ่งมีคณะกรรมการชุมชน เป็นกลไกในการปฏิบัติในพื้นที่และบัญญัติไว้ในธรรมนูญหมู่บ้าน ในหมวด 5 ข้อ 37 “คนในครอบครัวต้องไม่ทอดทิ้งเด็ก คนชรา ผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้ป่วยจิตเวช” (2) กระบวนการทำงาน ประกอบด้วยหลายภาคส่วน ทั้งในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุข ท้องถิ่น/ภาคีเครือข่าย ศูนย์อนามัย/กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และครอบครัวผู้สูงอายุ (3) ผลผลิต วัดจาก จำนวน อปท. ที่สมัครเข้าร่วมระบบ LTC ร้อยละของตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบ LTC ร้อยละของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ADL ดีขึ้น และร้อยละการจัดทำ Care Plan ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษาขั้นที่ 3 ดำเนินการตามระบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นใช้ระยะเวลา 6 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน พบว่า จำนวน อปท. ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นอีก 102 แห่ง รวมจำนวน อปท.ทั้งหมดที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เป็น 153 แห่ง (153/208 แห่ง) จำนวนตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 137 ตำบล (137/189 ตำบล) จำนวน CM 29 คน จำนวน CG 1,495 คน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบ LTC 1,093 คน (744 คน ในปีงบประมาณ 2559) แต่เนื่องจากในปีงบประมาณ 2560 ยังไม่มีระบบฐานข้อมูล ยังเป็นการจัดทำรายงานแบบกระดาษ หรือใช้ไฟล์ข้อมูลบันทึกผ่านโปรแกรม Microsoft Excel ทำให้เกิดปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนของข้อมูลทั้งทางท้องถิ่นและทางสาธารณสุข ขาดความน่าเชื่อถือของข้อมูล สำหรับการเบิก-จ่าย-โอนเงิน ยังไม่เป็นไปตามข้อกำหนด หน่วยบริการเกิดความสับสน ไม่กล้าเสนอ Care plan เพื่อขอสนับสนุนงบ LTC จากอปท. นอกจากนี้บางครั้งผู้สูงอายุเสียชีวิตก่อนที่จะเบิก-จ่ายเงินดูแล เนื่องจาก สปสช.

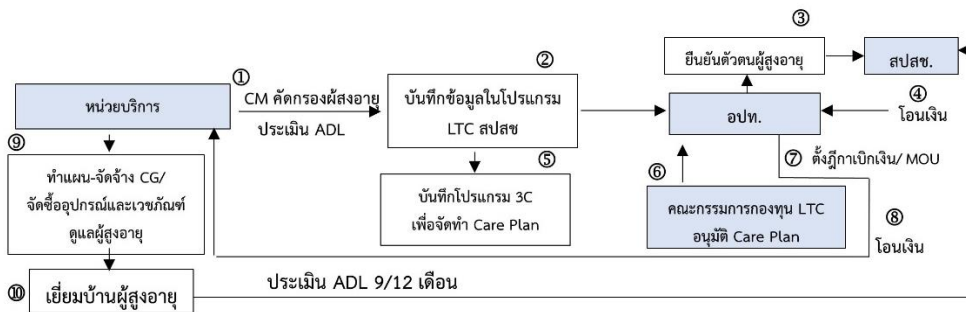
ไม่มีการกำหนดเวลาในการโอนเงิน หรือต้องบันทึกผู้สูงอายุทดแทน ทำให้การเบิก-จ่ายล่าช้า จึงมีการปรับปรุงระบบที่พัฒนาขึ้น แล้วนำไปใช้เป็นระยะเวลา 12 เดือนต่อมา



ภาพที่ 1 การออกแบบและพัฒนาระบบตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ

ผลการศึกษาขั้นที่ 4 ปรับปรุงระบบและดำเนินการตามระบบครั้งที่ 2 หลังจากดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวฯ ในปีงบประมาณ 2561 เริ่มมีระบบฐานข้อมูลเข้ามาช่วยในการบันทึก จัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าสู่ระบบ LTC ได้แก่ โปรแกรมในการบันทึกข้อมูล LTC ของ สปสช. โดยใช้บันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขอรับงบประมาณดูแล และ อปท.จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ยืนยันตัวตนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ให้กับ สปสช.

โดยใช้โปรแกรมเดียวกัน และโปรแกรม 3 C ของกรมอนามัย ใช้สำหรับบันทึกกิจกรรมการจัดทำ Care Plan ในระบบเพื่อเสนอขอรับงบประมาณกับ อบต. แต่พบปัญหาในการบันทึกในโปรแกรมคือ (1) ทั้งสองโปรแกรม ซึ่งยังไม่สามารถเชื่อมโยงรายชื่อผู้สูงอายุเข้าหากันได้ ทำให้ต้องบันทึกรายชื่อผู้สูงอายุ 2 ครั้ง ตามขั้นตอนที่ 2 และ 5 (ภาพที่ 2) ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บันทึกไม่ครบถ้วน (2) บุคลากรที่ใช้โปรแกรมยังไม่เข้าใจในระบบบันทึกของทั้ง 2 โปรแกรม (3) ขาดการประสานข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานของ อบต. และการโอนเงินงบประมาณดูแลของ สปสช. ในช่วงต่อมาเริ่มมีระบบที่เลี้ยงกองทุน LTC และ สปสช. เข้ามาช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษา ลงเยี่ยมติดตาม จนสามารถลดปัญหาต่างๆ ผลจากการใช้ระบบ ที่ปรับปรุงเป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่า จำนวน อบต. ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นอีก 51 แห่ง รวมจำนวน อบต. ทั้งหมดที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เป็น 204 แห่ง (204/208 แห่ง) จำนวนตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 170 ตำบล (170/189 ตำบล) จำนวน CM 183 คน จำนวน CG 254 คน จำนวน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบ LTC จากระบบฐานข้อมูล สปสช. 373 คน (ตารางที่ 2) จำแนกเป็นกลุ่มติดบ้าน 102 คน (ร้อยละ 27.35) กลุ่มติดเตียง 271 คน (ร้อยละ 72.65) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ADL ดีขึ้น ร้อยละ 14.29 ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 80.62



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการขอรับงบประมาณจากกองทุน LTC

ผลการศึกษาขั้นที่ 5 การนำระบบไปใช้จริง (ภาพที่ 3) ผลลัพธ์หลังจากการนำระบบการดูแลระยะยาว ไปใช้จริงเป็นระยะเวลา 24 เดือน ดังนี้

ผลการดำเนินงานในปีที่ 1 ของการนำระบบการดูแลระยะยาวฯ ใช้จริง พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบ LTC เพิ่มขึ้นเป็น 2,778 คน (ตารางที่ 2) จำแนกเป็นกลุ่มติดบ้าน 677 คน (ร้อยละ 24.37) กลุ่มติดเตียง 2,101 คน (ร้อยละ 75.63) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ADL ดีขึ้น ร้อยละ 28.50 จำนวน อบต. ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นอีก 2 แห่ง รวมจำนวน อบต. ทั้งหมดที่เข้าร่วมกองทุน LTC เป็น 206 แห่ง (206/208 แห่ง) (ตารางที่ 3) เหลือ อบต. ที่ยังไม่เข้าร่วมระบบ LTC จำนวน 2 แห่ง จำนวน ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 187 ตำบล (187/189 ตำบล) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 96.11

ผลการดำเนินงานในปีที่ 2 ของการนำระบบการดูแลระยะยาวฯ ใช้จริง พบว่า จำนวนผู้สูงอายุฯ เข้าถึงระบบ LTC เพิ่มขึ้นเป็น 6,307 คน (ตารางที่ 2) จำแนกเป็นกลุ่มติดบ้าน 1,961 คน (ร้อยละ 31.09) กลุ่มติดเตียง 4,346 คน (ร้อยละ 68.91) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ADL ดีขึ้น ร้อยละ 33.22 จำนวน อบต.

ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC เพิ่มขึ้นอีก 1 แห่ง รวมจำนวน อปท.ทั้งหมดที่เข้าร่วมกองทุน LTC เป็น 207 แห่ง (207/208 แห่ง) (ตารางที่ 3) เหลือ อปท.ที่ยังไม่เข้าระบบ LTC จำนวน 1 แห่ง จำนวนตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ 188 ตำบล (188/189 ตำบล) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 98.61

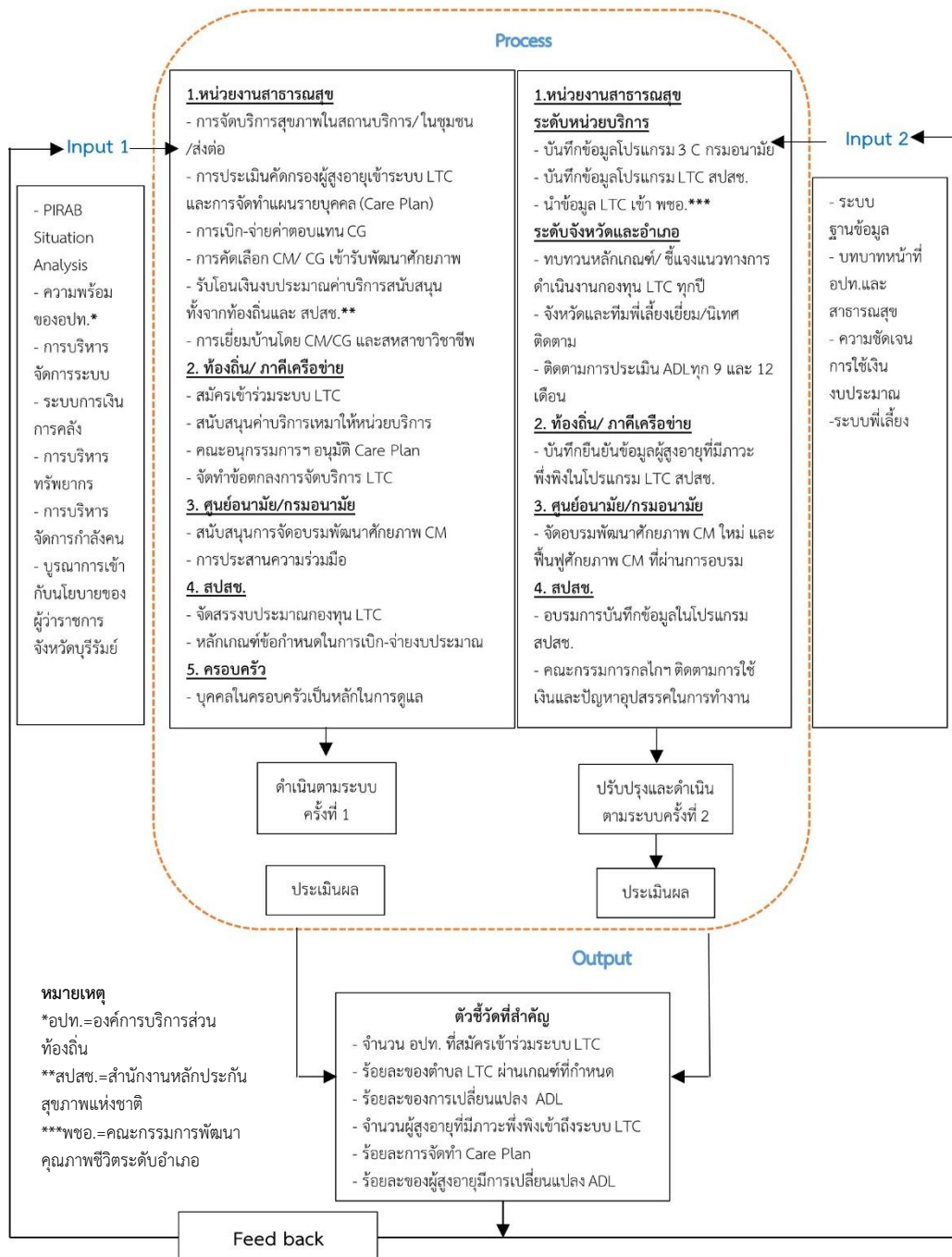
สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในครั้งนี้ พบว่า 1) มีกลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยในปีงบประมาณ 2562-2563 มีอำเภอเสนอเรื่อง LTC เข้าสู่ พชอ. ร้อยละ 39.13 (9 อำเภอ) และ ร้อยละ 47.82 (11 อำเภอ) ตามลำดับ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการปรึกษา มีการประชุมทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน LTC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนจาก อปท. ในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 3 คนคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงาน LTC และลงเยี่ยมพื้นที่ 4) การลงเยี่ยมติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ หลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

คุณลักษณะของผู้สูงอายุ	ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน (ร้อยละ)		
	หลังปรับปรุงระบบฯ	นำระบบฯ ไปใช้จริงปีที่ 1	นำระบบฯ ไปใช้จริงปีที่ 2
	(ต.ค.60-ก.ย. 61) N=373	(ต.ค.61-ก.ย. 62) N=2,778	(ต.ค.62-ก.ย. 63) N=6,307
เพศ			
ชาย	133 (35.66)	969 (34.88)	2,321 (36.80)
หญิง	240 (64.34)	1,809 (65.12)	3,986 (63.20)
อายุเฉลี่ย$\pm$SD	81.84 $\pm$ 9.756	82.30 $\pm$ 25.863	77.74 $\pm$ 26.496
การจำแนกตามความต้องการบริการ			
กลุ่มที่ 1	166 (44.51)	1,486 (53.49)	2,993 (47.45)
กลุ่มที่ 2	105 (28.15)	615 (22.14)	1,353 (21.45)
กลุ่มที่ 3	61 (16.35)	485 (17.46)	1,323 (20.98)
กลุ่มที่ 4	41 (10.99)	192 (6.91)	638 (10.12)
การจำแนกตาม ADL			
กลุ่มติดบ้าน (ADL 0-4)	102 (27.35)	677 (24.37)	1,961 (31.09)
กลุ่มติดเตียง (ADL 5-11)	271 (72.65)	2,101 (75.63)	4,346 (68.91)
ADL เฉลี่ย$\pm$ SD	7.40 $\pm$ 3.243	7.79 $\pm$ 3.278	7.02 $\pm$ 3.556

ที่มา: <http://ltc.nhso.go.th>⁽¹²⁾

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข เป็น 4 กลุ่ม : กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และ กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต



ภาพที่ 3 ระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

ตารางที่ 3 จำนวนอปท. ที่สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC และเงินงบประมาณกองทุน LTC ที่ สปสช. จัดสรรให้กับ อปท. ปีงบประมาณ 2559-2563

ปีงบประมาณ พ.ศ.	อปท. ที่สมัครเข้าร่วม กองทุน LTC (แห่ง)	เงินงบประมาณกองทุน LTC ที่ได้รับ จัดสรรรวมทั้งจังหวัด (บาท)
2559	51	6,370,000
2560	102	12,725,000
2561	51	24,430,000
2562	2	5,820,000
2563	1	27,390,000
รวม	207	76,735,000

ที่มา: ข้อมูลรายงานงบประมาณกองทุน LTC สปสช.

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดียิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ จะพบว่า ท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการ แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนยังน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับศึกษาการประเมินการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾ พบว่าการดูแลระยะยาว ที่มีแนวโน้มว่าท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการและระดมทรัพยากร แต่คาดว่าจะทำให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการได้อย่างเหมาะสม อาจเนื่องมาจากบทบาทส่วนใหญ่ยังเป็นของโรงพยาบาลและท้องถิ่นจัดบริการให้ แต่อาจมีข้อจำกัดด้านศักยภาพของท้องถิ่นในด้านนี้ จึงต้องอาศัยกลไกโรงพยาบาลในการสนับสนุนและพัฒนา ทำให้ชุมชนยังมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย

สำหรับกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน LTC ในครั้งนี้ ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁰⁾ กลไกในการขับเคลื่อนระบบ LTC ภายใต้การสนับสนุนของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ส่วนการจัดบริการในหน่วยบริการและในชุมชนนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ พะไยยะ⁽¹³⁾ ที่พบว่ารูปแบบการจัดระบบบริการมีทั้งการบริการในชุมชน เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และบริการในสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลรัฐและเอกชน คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น ระบบที่เลี้ยงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ สปสช. ที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงให้เกิดการรับรู้และสร้างความเข้าใจในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดบทบาทที่เลี้ยงกองทุนเป็นทีมสนับสนุนและกำกับติดตาม⁽¹⁴⁾ สำหรับผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว พบว่า อปท.สมัครเข้าร่วมโครงการ LTC ร้อยละ 99.52 เขตเพียงแห่งเดียว (เทศบาลตำบลห้วยราช อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์) ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอาจต้องลงพื้นที่เพื่อช่วยพิจารณาหาสาเหตุที่ อปท. ยังไม่เข้าร่วมกองทุน LTC และช่วยให้คำปรึกษาแนะนำการเข้าร่วมกองทุนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ที่เข้าสู่ระบบ LTC

เป็นกลุ่มติดเตียงมากกว่ากลุ่มติดบ้าน ค่า ADL เฉลี่ยอยู่ในช่วง 7.02-7.79 คะแนน สำหรับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังพัฒนาระบบ (ขั้นที่ 3) ได้จากรายงานที่แต่ละกองทุนส่งรายงานเป็นระบบ manual เข้ามาจำนวน 1,093 คน ต่อมาหลังปรับปรุงระบบฯ (ขั้นที่ 4) รายงานจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้จากการบันทึกเข้าระบบโปรแกรมมีเพียง 373 คน ซึ่งมีจำนวนน้อย กว่าจากรายงานแบบ manual เนื่องมาจากการในช่วงแรกของการบันทึกโปรแกรม CM ขาดความเข้าใจในการบันทึกในโปรแกรม และโปรแกรมในการบันทึกข้อมูล LTC โดย สปสช. และโปรแกรม 3 C โดยกรมอนามัย ทั้ง 2 โปรแกรมยังไม่สามารถเชื่อมโยงรายชื่อผู้สูงอายุเพื่อใช้ทำ Care Plan ได้⁽¹⁵⁾ ทำให้ต้องบันทึกรายชื่อผู้สูงอายุ 2 ครั้ง จึงเกิดความสับสน และการทำงานของโปรแกรมในช่วงแรกยังไม่เสถียร⁽¹⁵⁾ ทำงานช้า ทำให้ CM ไม่บันทึกเข้าระบบหลังจากนำระบบฯไปใช้จริง (ขั้น 4) ทั้งสองโปรแกรมสามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าด้วยกัน ปรับความเสถียรของโปรแกรม จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น 2,778 คน และ 6,307 คน ตามลำดับ

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการพัฒนา สอดคล้องกับหลายการศึกษา^(11,16,17) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เพียงพอและระเบียบปฏิบัติกองทุนระบบการดูแลระยะยาวที่ไม่ชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน และภาระงานที่หนักเกินกำลังของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ พื้นที่ที่ยังไม่มี CM ผ่านการอบรม ยังไม่สามารถดำเนินการและเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุน ซึ่งทำให้ CM ต้องแบกรับภาระงานการดูแลผู้สูงอายุเกินมาตรฐานที่กำหนด⁽¹⁸⁾

ดังนั้น ระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีกลไกในการขับเคลื่อน ระบบการดำเนินงานที่ชัดเจน กำลังคนที่เพียงพอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมทั้งครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นชุมชน หรือภาคีเครือข่าย อาจมีการปรับระบบที่พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่
2. ควรผลักดันประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นวาระการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของจังหวัด ภายใต้การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนนโยบายการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
3. ควรบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวฯ กับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมืองและเขตชนบท
3. ควรทำการศึกษาต้นทุนการบริการผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. ศิราณี ศรีหามาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วัชร อมรโรจน์วรูณิ, ปิยะดา คูหิรัญญรัตน์, ธารา รัตนอำนาญศิริ, นวลละออง ทองโคตร. ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC). ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. เขาวลิต นคาสวัสดิ์, อภิชัย คุณิพงษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายประชาสังคมตำบลไทรทอง อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง. 2563;34(2):30-7.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนงบประมาณปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2560 มกราคม 19]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc03.pdf
4. Hfocus. วิจัยเสนอ 6 ข้อ พัฒนาระบบ LTC ระเบียบใช้เงินต้องชัด-ขยายครอบคลุมทุกสิทธิไม่เฉพาะแค่บัตรทอง [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 1]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2018/10/16485>
5. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. Long Term Care การดูแลระยะยาว เพื่อพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2563.
6. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, นงลักษณ์ พะไยยะ, วาสนิ วิเศษฤทธิ์. การประมาณการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2562;19: 9-21.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี. คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สระบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี; 2559.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. เอกสารประกอบการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2559. (เอกสารอัดสำเนา)
10. สัมฤทธิ์ ศรีอรรถสวัสดิ์, ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลาก, บวรคม สิริพันธ์. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีเอ็มเบอรี่ จำกัด; 2561.
11. ขนวนทอง ธนสุกาญจน์. องค์การแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC). [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 2]. เข้าถึงได้จาก: <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/login>

13. นงลักษณ์ พะโกยะ. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 1]. เข้าถึงได้จาก:
<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2544/hs1573.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
14. GNews. สปสช. จัดเวทีระดมสมอง “พี่เลี้ยง กปท.” ปี 63 เร่งรุก 3 กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก:
<https://gnews.apps.go.th/news?news=51057>
15. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าความร่วมมือการพัฒนาระบบข้อมูลและผลการดำเนินงานตามโปรแกรม LTC (3C) [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-5.3-%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%9B%E0%B9%82%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1-LTC.pdf>
16. ศิราณี ศรีหาภาค, ธารา รัตนอำนวยศิริ, วัชร อมรโรจน์วรุตม์, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, นวลละออง ทองโคตร. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4888?locale-attribute=th>
17. ยศ วัชรคุปต์, วรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจณา, สาวินี สุริยันรัตกร. ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4):608-24.
18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ปี 2560. (เอกสารอัดสำเนา)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น

อลงกรณ์ สุขเรืองกุล^{*}, จักรพันธ์ โพธิภาพ^{**}, วสันต์ชาย สุรมาศย์^{***},
มณฑิรา ชนกะกาญจน์^{***}, กัลยา ปิงประเสริฐ^{***}, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ^{****}

บทคัดย่อ

นักศึกษาพยาบาล เป็นกลุ่มนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนำไปเผยแพร่ สอน ให้การดูแล ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็น ทั้งกับนักศึกษาพยาบาลเอง และการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 196 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ST5) 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 6) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย และได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือทั้งหมดแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression)

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ภาพรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 57.14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ 1) ระดับความเครียด ($OR_{adj}=8.54$; 95% CI: 3.68-19.82) 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($OR_{adj}=7.32$; 95% CI: 2.75-19.45) 3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($OR_{adj}=3.60$; 95% CI: 1.44-5.95) 4) ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($OR_{adj}=2.80$; 95% CI: 1.28-6.10) และ 5) การสนับสนุนทางสังคม ($OR_{adj}=2.35$; 95% CI: 1.09-5.05) ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; นักศึกษาพยาบาล

^{*} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

^{**} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

^{***} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น

^{****} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^๑ ผู้เขียนหลัก ออลกรณ์ สุขเรืองกุล Email: alongkorn.s@nrnu.ac.th

รับบทความ: 2 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 5 ม.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 6 ม.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 13 มี.ค. 65

Factors Associated with Health Literacy Among Nursing Students in Faculty of Nursing, College of Asian Scholars, Khon Kaen Province

Alongkorn Sukrueangkul^{*a}, Jukraphan Photipap^{**}, Vasunshine Suramart^{***},
Montira Chanagarn^{***}, Kanlaya Pangprasert^{***}, Petcherut Sirisuwan^{****}

Abstract

Nursing students is a group of health science students, who must learn about health science to disseminate, teach, provide care, and educate for clients. Therefore, health literacy is necessary for both themselves, and nursing practice. This cross-sectional analytical study aimed to study factors associated with health literacy among nursing students in Faculty of Nursing, College of Asian Scholars, Khon Kaen province. The data were collected from September to December 2019. The subjects were 196 persons selected by purposive sampling. The research instruments were consisted of 1) Demographic data recording form, 2) Stress Test Questionnaire (ST-5), 3) Perceived self-efficacy questionnaire, 4) Perceived social support questionnaire, 5) Knowledge about health literacy questionnaire, and 6) Health literacy questionnaire. The content validity and reliability of the research instruments were tested. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results demonstrated that: around half (57.14%) of the sample was categorized as having adequate health literacy. The factors that were significantly associated with demand health literacy among nursing students in Faculty of Nursing included had low levels stress ($OR_{adj}=8.54$; 95% CI: 3.68 to 19.82), higher levels of self-efficacy ($OR_{adj}=7.32$; 95% CI: 2.75 to 19.45), monthly income ($OR_{adj}=3.60$; 95% CI: 1.44 to 5.95), higher levels of knowledge about health literacy ($OR_{adj}=2.80$; 95% CI: 1.28 to 6.10), and higher levels of social support ($OR_{adj}=2.35$; 95% CI: 1.09 to 5.05) respectively. The results of this study could be used as the database to enhance health literacy among nursing students where applicable to health behaviors.

Keywords: Associated factors, Health Literacy, Nursing Students

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^{**} Lecturer, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

^{***} Lecturer, Faculty of Nursing, College of Asian Scholars, Khon Kaen Province

^{****} Assistant Professor, Faculty of Public Health, Roi Et Rajabhat University

^a Corresponding author Alongkorn Sukrueangkul Email: alongkorn.s@nrnu.ac.th

Received: Dec. 2, 21; Revised: Jan. 5, 22; Accepted: Jan. 6, 22; Published Online: Mar. 13, 22

บทนำ

นักศึกษาพยาบาล เป็นกลุ่มนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญของการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในอนาคต ลักษณะการเรียนการสอนในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์เน้นการเรียนรู้ภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติภายใต้สถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนำไปเผยแพร่ สอน ให้การดูแล ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นทั้งกับนักศึกษาพยาบาลเอง และการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล อย่างไรก็ตามด้วยลักษณะการเรียนการสอนในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น⁽¹⁾ นำไปสู่การเกิดความเครียดและขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง⁽²⁾ จนเกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล และเจ็บป่วยจากการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย บางรายมีภาวะซึมเศร้า นำมาสู่การคิดฆ่าตัวตาย⁽³⁾ ปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมา จนกระทั่งเกิดการประเมินค่าข้อมูลที่รับมา และนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ประกอบการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งการเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยการสร้างความรู้ การพัฒนาสมรรถนะแห่งตน และการสร้างแรงจูงใจในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เพียงพอต่อการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน⁽⁴⁾ โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และ 2) ปัจจัยที่ถูกกำหนดขึ้นโดยสถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น ผลลัพธ์สามารถวัดได้จากพฤติกรรมสุขภาพและความยั่งยืน⁽⁵⁾ การที่บุคคลมีความความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยได้อีกด้วย⁽⁶⁾

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษา⁽⁷⁻⁹⁾ พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ผลการเรียนรู้เฉลี่ย ลักษณะที่พึงอาศัย รายได้ต่อเดือน และความเครียด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนด ภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะได้ สามารถผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ⁽¹⁰⁾ จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด⁽¹¹⁾ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์⁽¹²⁾ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือหรือส่งเสริมเอาใจใส่ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การเปรียบเทียบ และการประเมิน รวมถึงด้านเครื่องมือต่างๆ จากผู้ที่มีอิทธิพลต่อบุคคล เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล⁽¹³⁾

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย เป็นสถาบันการศึกษาเอกชนที่เปิดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีการศึกษา 2549 โดยจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติร่วมกับโรงพยาบาลขอนแก่น และสถานบริการสุขภาพ

ในเขตจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดใกล้เคียง อย่างไรก็ตามด้วยลักษณะการจัดการเรียนการสอนที่เน้นหนักทั้งภาคทฤษฎี มีการฝึกปฏิบัติงานท่ามกลางความกดดันและความหวังจากครอบครัวและบุคคลอื่น อาจทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดในหลายด้านจนขาดการดูแลตนเอง และขาดความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงเกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาเอกชน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ผลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถพัฒนาตนให้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น

คำถามการวิจัย

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่นหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการระบุ เข้าใจ ตีความ สร้าง สื่อสาร และคำนวณข้อความในสื่อชนิดต่างๆ ของบริบททางสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย สังคม และจิตใจ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพพัฒนาการจากแนวคิดที่มุ่งเน้นเฉพาะการเรียนรู้ของบุคคลกับการปรับปรุงรูปแบบการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยกำหนดให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถกำหนดสุขภาพของบุคคล ภายหลังจากการพัฒนาแนวคิดดังกล่าว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังสามารถกำหนดสุขภาพของชุมชนและสังคมในภาพรวมได้ด้วย องค์การอนามัยโลกมีการให้ความหมายของคำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างเป็นทางการในปี 1998 ในเอกสาร Health Promotion Glossary โดยให้ความหมายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งแสดงถึงแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในทางที่จะส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพให้ดี⁽²²⁾ จากความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้เน้นเฉพาะทักษะด้านความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงทักษะทางสังคม ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การสังเกต เรียนรู้ และปรับตัวทางสังคมด้วย โดยความสามารถของบุคคลที่แสดงออกถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (access) 2) สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงนั้นได้ (Understand) และ 3) นำข้อมูลสุขภาพมาใช้ (Use) เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ด้วย

องค์ประกอบและกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานในการสร้างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาทิเช่น แบบจำลองความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽²³⁾ ซึ่งแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน หรือระดับใช้งาน (Basic/Functional literacy) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่ใช้ในการสื่อสาร หรือระดับปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive literacy) และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับวิพากษ์ หรือระดับมีวิจารณญาณ (Critical literacy) โดยการที่บุคคลจะพัฒนาขึ้นมาในแต่ละขั้น ไม่เพียงแต่อาศัยความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ต้องบวกกับประสบการณ์และสถานการณ์ที่บุคคลได้ประสบและเรียนรู้ จนพัฒนาเป็นความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) และพลังอำนาจ (Empowerment) ในการจัดการกับสุขภาพของตนเองและสังคมในที่สุด โดยมีผลลัพธ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ในระดับบุคคลที่เกิดจากกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ในระดับบุคคล การขับเคลื่อนทางสังคม และการชี้แนะทางสุขภาพในระดับนโยบายและสิ่งแวดล้อม ความรู้ด้านสุขภาพสามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะส่วนบุคคล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จากการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมที่ผู้รับบริการเปรียบเสมือนผู้บริโภคที่ต้องบริโภคข้อมูลข่าวสารมากขึ้น คริสทีน โซเรนเซน⁽⁴⁾ จึงเสนอแบบจำลองบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ โดยแบ่งสมรรถนะของความรู้ด้านสุขภาพในการใช้ข้อมูลสุขภาพ (Health information) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (access) 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (understand) 3) การประเมินค่าข้อมูลสุขภาพ (appraise) และ 4) การนำไปใช้ (apply) ตัดสินใจ เพื่อดูแลรักษาและปรับปรุงสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสมรรถนะทั้ง 4 ทักษะ ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญา สมรรถนะของบุคคล และแรงจูงใจของบุคคล รวมถึงคุณภาพของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมา โดยบุคคลจะใช้สมรรถนะเหล่านี้สำหรับสร้างความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพทั้ง 3 มิติ ได้แก่ การดูแลรักษา การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งสมรรถนะและมิติการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคล (Individual level) และระดับประชากร (Population level) และเกิดขึ้นตลอดช่วงอายุ ตั้งแต่เกิดจนตาย (Life course)

ปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ลักษณะ คือ 1) ปัจจัยกำหนดสุขภาพในตัวบุคคล (Personal determinants) 2) ปัจจัยกำหนดสุขภาพจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ (Situational determinants) และ 3) ปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environmental determinants) ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยกำหนดสุขภาพจะได้รับอิทธิพลจากลักษณะอื่นอีก 8 ประการ ได้แก่ การใช้บริการสุขภาพ (Health service use) พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) การมีส่วนร่วม (Participation) ความเสมอภาค (Equity) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากสุขภาพ (Health costs) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และความยั่งยืน (Sustainability) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คณะผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน และคณะ⁽⁴⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นักศึกษาพยาบาลศาสตร์จำเป็นต้องมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา จนเกิดการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ และนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ น่าจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ทุกระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 212 ราย ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย 3) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา รวบรวมข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 การศึกษาครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 208 ชุด มีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 12 ชุด จึงเหลือแบบสอบถามที่สมบูรณ์ และสามารถวิเคราะห์ทางสถิติได้ 196 ชุด คิดเป็นร้อยละ 92.45 ของแบบสอบถามทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ลักษณะแบบสอบถามเป็นปลายปิดให้เลือกตอบและแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ST5) เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว จึงไม่นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมตามความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ และคณะ⁽¹²⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 43 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91 และคณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 และคณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นปรนัยมี 4 ตัวเลือก ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91 และคณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ⁽¹⁴⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 47 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามในเรื่องการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินค่ารวมถึงการตัดสินใจ และการนำไปใช้ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ยากมาก ยาก ง่าย และง่ายมาก ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.85 และคณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.87

การรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติแล้ว คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด จากนั้นจึงแนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างไม่ว่ากรณีใดๆ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจะมีการทำลายหลังเสร็จสิ้นงานวิจัย จากนั้นจึงขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจนเข้าใจ และมอบ QR-Code แบบสอบถามออนไลน์ให้กลุ่มตัวอย่างทำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistics regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.24 อายุเฉลี่ย 20.90 ปี (SD=1.70) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 26.53 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 52.04 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยที่หอพักหรืออพาร์ทเมนต์ ร้อยละ 88.78

ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม อยู่ในช่วง 2.51-3.00 ร้อยละ 41.33 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 78.06 และดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตัวปกติ ($18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 61.22

2. **ระดับความเครียด** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียด อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 62.24 และคะแนนเฉลี่ยของความเครียดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=3.25$, $SD=3.20$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (n=196)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย (0-4 คะแนน)	122	62.24
เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน)	61	31.12
เครียดมาก (8-9 คะแนน)	6	3.06
เครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)	7	3.57
Mean (SD) = 3.25 (3.20), Min : Max = 0 : 10		

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตามความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.61 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=155.40$, $SD=23.70$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตามความรู้ด้านสุขภาพ (n=196)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1- 128 คะแนน)	43	21.94
ระดับปานกลาง (129 - 170 คะแนน)	109	55.61
ระดับสูง (171 คะแนนขึ้นไป)	44	22.45
Mean (SD) = 155.40 (23.70); Min : Max = 113 : 213		

4. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 48.98 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=55.66$, $SD=10.01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=196)

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-44 คะแนน)	43	21.94
ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน)	57	29.08
ระดับสูง (60 คะแนนขึ้นไป)	96	48.98
Mean (SD) = 55.66 (10.01); Min : Max = 23 : 70		

5. ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.08 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=8.87$, $SD=1.71$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=196)

ความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	31	15.82
ระดับปานกลาง (8-9 คะแนน)	59	30.10
ระดับสูง (10 คะแนนขึ้นไป)	106	54.08
Mean (SD) = 8.87 (1.71); Min : Max = 4 : 12		

6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ภาพรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ ($\bar{X}=133.01$, $SD=31.24$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับที่เพียงพอ ($\bar{X}=37.48$, $SD=9.60$) 2) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับที่เพียงพอ ($\bar{X}=30.83$, $SD=9.91$) 3) การตัดสินใจและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับที่เป็นปัญหา ($\bar{X}=29.71$, $SD=10.77$) และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับที่เพียงพอ ($\bar{X}=34.96$, $SD=5.10$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=196)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (จำนวน/ร้อยละ)			
	ไม่เพียงพอ		เพียงพอ	
	ไม่เพียงพอ	เป็นปัญหา	เพียงพอ	เป็นเลิศ
การเข้าถึงข้อมูล	43	24	75	54
Mean (SD) = 37.48 (9.60)	(21.94)	(12.24)	(38.27)	(27.55)
การเข้าใจข้อมูล	46	46	40	64
Mean (SD) = 30.83 (9.91)	(23.47)	(23.47)	(20.41)	(32.65)
การตัดสินใจและประเมินข้อมูล	76	41	36	43
Mean (SD) = 29.71 (10.77)	(38.78)	(20.92)	(18.37)	(21.94)
การประยุกต์ใช้ข้อมูล	5	11	127	53
Mean (SD) = 34.96 (5.10)	(2.55)	(5.61)	(64.80)	(27.04)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	36	48	57	55
Mean (SD) = 133.01 (31.24)	(18.37)	(24.49)	(29.08)	(28.06)

7. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิธีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากตัวแปรอื่น ซึ่งจะได้ค่า Crude OR และ P-value มาพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 เพื่อเข้าโมเดลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) ได้แก่ เพศ (OR=2.22; 95% CI: 0.94-5.22; p-value=0.068) อายุ (OR = 2.11; 95% CI: 1.18-3.78; p-value=0.012) ระดับชั้นปี (OR=2.36; 95% CI:1.32-4.23; p-value=0.004) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (OR=5.37; 95% CI: 2.71-10.63; p-value<0.001) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (OR=0.58; 95% CI: 0.33-1.04; p-value = 0.069) ระดับความเครียด (OR = 11.80; 95% CI: 5.92 - 23.52; p-value < 0.001) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (OR = 4.23; 95% CI: 2.04 - 8.78; P-value <0.001) การสนับสนุนทางสังคม (OR = 3.72; 95% CI: 2.04 - 6.78; P-value <0.001) และความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (OR = 2.04; 95% CI: 1.15 - 3.62; P-value =0.015) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย (วิเคราะห์ทีละคู่) (n=196)

ปัจจัย	จำนวน	% Adequate HL	Crude OR	95% CI	p-value
เพศ					0.068
ชาย	25	40.00	1	-	
หญิง	171	59.65	2.22	0.94-5.22	
อายุ (ปี)					0.012
18-20 ปี	78	46.15	1	-	
21 ปีขึ้นไป	118	64.41	2.11	1.18-3.78	
ดัชนีมวลกาย(kg/m²)					0.521
น้ำหนักตัวน้อย/น้ำหนักตัวปกติ (<22.9 kg/m ²)	152	55.92	1	-	
น้ำหนักเกิน/อ้วน (≥23.00 kg/m ²)	44	61.36	1.25	0.63-2.49	
ชั้นปีที่ศึกษา					0.004
ชั้นปีที่ 1-2	100	47.00	1	-	
ชั้นปีที่ 3-4	96	67.71	2.36	1.32-4.23	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					<0.001
น้อยกว่า 10,000 บาท	124	43.55	1	-	
มากกว่า 10,000 บาท	72	80.56	5.37	2.71-10.63	

ตารางที่ 6 (ต่อ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย (วิเคราะห์ทีละคู่) (n=196)

ปัจจัย	จำนวน	% Adequate HL	Crude OR	95% CI	p-value
ลักษณะที่พักอาศัย					0.27
บ้าน บ้านเช่า คอนโดมิเนียม	22	68.18	1	-	
หอพัก หรือ อพาร์ทเมนต์	174	55.75	0.59	0.23–1.51	
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA)					0.069
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.00	108	62.96	1	-	
3.01 ขึ้นไป	88	50.00	0.58	0.33–1.04	
สิทธิการรักษาพยาบาล					0.881
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	153	56.86	1	-	
สิทธิ์ข้าราชการ บัตรประกัน	43	58.14	1.05	0.53–2.09	
ชีวิต จ่ายเงินเอง					
ระดับความเครียด					<0.001
เครียดปานกลาง–มากที่สุด	74	22.97	1	-	
เครียดน้อย	122	77.87	11.80	5.92–23.52	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					<0.001
ระดับต่ำ	43	30.23	1	-	
ระดับปานกลาง–สูง	153	64.71	4.23	2.04–8.78	
การสนับสนุนทางสังคม					<0.001
ระดับต่ำ–ปานกลาง	100	42.00	1	-	
ระดับสูง	96	72.92	3.72	2.04–6.78	
ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ					0.015
ระดับต่ำ–ปานกลาง	90	47.78	1	-	
ระดับสูง	106	65.09	2.04	1.15–3.62	

8. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistics regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ได้แก่ 1) ความเครียดระดับน้อย (adj.OR=8.54; 95% CI: 3.68–19.82; p-value<0.001) 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลางถึงสูง (adj.OR=7.32; 95% CI: 2.75–19.45; p-value<0.001) 3) ค่าใช้จ่ายต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท (adj.OR=3.60; 95% CI: 1.45–5.95; p-value=0.006)

- 4) ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (adj.OR=2.80; 95% CI: 1.28–6.10; p-value=0.010) และ
5) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (adj.OR=2.35; 95% CI: 1.09–5.05; p-value=0.028)
ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย (วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร) (n=196)

ปัจจัย	จำนวน	% Adequate HL	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p- value
ระดับความเครียด						<0.001
เครียดปานกลาง-มาก	74	22.97	1	1	-	
ที่ ที่สุด						
เครียดน้อย	122	77.87	11.80	8.54	3.68-19.82	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน						<0.001
ระดับต่ำ	43	30.23	1	1	-	
ระดับปานกลาง-สูง	153	64.71	4.23	7.32	2.75-19.45	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						0.006
น้อยกว่า 10,000 บาท	124	43.55	1	1	-	
มากกว่า 10,000 บาท	72	80.56	5.37	3.60	1.45-5.95	
ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ						0.010
ระดับต่ำ-ปานกลาง	90	47.78	1	1	-	
ระดับสูง	106	65.09	2.04	2.80	1.28-6.10	
การสนับสนุนทางสังคม						0.028
ระดับต่ำ-ปานกลาง	100	42.00	1	1	-	
ระดับสูง	96	72.92	3.72	2.35	1.09-5.05	

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ภาพรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 57.14 ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากการเรียนการสอนในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเน้นการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจริงผ่านรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อกระตุ้นและพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ มีวิจารณญาณในการตัดสินใจแก้ปัญหา โดยใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการปลูกฝังให้นักศึกษาเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งในช่วงที่ทำการศึกษเป็นช่วงที่สถานการณ์โรคโควิด-19 กำลังมีการแพร่ระบาด จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความตื่นตัวในการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคโควิด-19

ดังนั้นจึงทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁵⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาอยู่ในระดับที่เพียงพอ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁶⁾ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ได้แก่ 1) ความเครียดระดับน้อย (adj.OR=8.54; 95% CI: 3.68–19.82; p-value<0.001) 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลางถึงสูง (adj.OR=7.32; 95% CI: 2.75–19.45; p-value<0.001) 3) รายได้ต่อเฉลี่ยเดือนมากกว่า 10,000 บาท (adj.OR=3.60; 95% CI: 1.45–5.95; p-value=0.006) 4) ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (adj.OR=2.80; 95% CI: 1.28–6.10; p-value=0.010) และ 5) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (adj.OR=2.35; 95% CI: 1.09–5.05; p-value=0.028) ตามลำดับ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ระดับความเครียด เป็นตัวแปรแรกที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีระดับความเครียดน้อย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีระดับความเครียดปานกลางไปจนถึงมากที่สุด คิดเป็น 8.54 เท่า (ตารางที่ 7) ซึ่งอธิบายได้ว่า จากลักษณะการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่เน้นทั้งการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจริง จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียด เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับต่ำถึงปานกลาง จะเกิดแรงกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ที่ดีผ่านกระบวนการคิด เพื่อแสวงหาวิธีการจัดการกับปัญหาด้านต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูล และทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา จนเกิดการประเมินค่าข้อมูล นำไปสู่การประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ระดับความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลมากที่สุด คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁷⁾ พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁸⁾ พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นตัวแปรที่สองที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลางไปจนถึงสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ คิดเป็น 7.32 เท่า (ตารางที่ 7) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเป็นแรงผลักดันให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁸⁾ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ รวมถึงสามารถร่วมทำนวยพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยกลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นตัวแปรที่สามที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็น 3.60 เท่า (ตารางที่ 7)

ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้รับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในระดับสูงทำให้สามารถแสวงหาเครื่องมือในการสร้างเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในระดับต่ำ คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁹⁾พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยนักศึกษาที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในระดับสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระดับต่ำ 5.06 เท่า (5.06, 95% CI, 2.82–9.08, $p = 0.002$)

ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำถึงปานกลาง คิดเป็น 2.80 เท่า (ตารางที่ 7) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะสามารถเข้าถึง และทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมาได้อย่างดี จนเกิดการประเมินค่าข้อมูล นำไปสู่การประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันเกิดเป็นความรู้ด้านสุขภาพ คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽²⁰⁾พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำถึงปานกลาง คิดเป็น 2.35 เท่า (ตารางที่ 7) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว อาจารย์ และเพื่อน จะทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽²¹⁾พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินค่าข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมา เพื่อให้นักศึกษาสามารถประเมินค่าข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณก่อนนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มเติม เช่น การรับรู้ข้อมูลในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 แพร่ระบาด พฤติกรรมการเข้าถึงสื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยบัณฑิตเอเชียที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ยินดีให้ข้อมูล ตลอดจนคณาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยบัณฑิตเอเชียทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, พัฒนพงศ์ คุ่มทวีพร. การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยในวิชาพื้นฐานการพยาบาล. วารสารพยาบาล 2547;53(4): 204-13.
2. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด. วารสารเกื้อการุณย์ 2558; 22: 45-55.
3. สืบตระกูล ดันลานุกุล, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ 2560; 9(1): 81-92.
4. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
5. Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations. Introducing the European Health Literacy Glossary. Health Promot Int. 2014;29(4):634-44. doi:10.1093/heapro/dat013.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
7. Erunal M, Özkaya B, Mert H, Kucukguclu O. Investigation of Health Literacy Levels of Nursing Students and Affecting Factors. International Journal of Caring Sciences. 2019; 11(3): 1386-95.
8. วัชรภาพร เขยสุวรรณ, อมลวรรณ ต้นแสนทวี และคณะ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกเรือ. วารสารแพทยนาวิ 2561; 45(2): 250-66.
9. Holt KA, Overgaard D, Engel LV, Kayser L. Health literacy, digital literacy, and eHealth literacy in Danish nursing students at entry and graduate level: a cross sectional study. BMC Nurs. 2020; 19:22. doi:10.1186/s12912-020-00418-w.
10. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84(2):191-215.
11. จรูญรัตน์ รอดเนียม, สกุนตลา แซ่เตียว, วรวรรณ จันทวีเมือง. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถ ของตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557; 23,(3): 88-97.
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MN. Health promotion in nursing practice (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. 2006.
13. ธนพร แยมศรี, ชนัญชิดาคุณิ ทูลศิริ, ยุวดี สิลักคนาวีระ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีสะเกษภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560; (2): 158-67.

14. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013; 13:948. doi:10.1186/1471-2458-13-948.
15. Li S, Cui G, Kaminga AC, Cheng S, Xu H. Associations Between Health Literacy, eHealth Literacy, and COVID-19-Related Health Behaviors Among Chinese College Students: Cross-sectional Online Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(5): e25600. doi:10.2196/25600
16. Zhang Y, Zhang F, Hu P, et al. Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2016;11(4): e0152547. doi: 10.1371/journal.pone.0152547
17. Ribeiro FMSES, Mussi FC, Pires CGDS, Silva RMD, Macedo TTS, Santos CAST. Stress level among undergraduate nursing students related to the training phase and sociodemographic factors. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28: e3209. doi:10.1590/1518-8345.3036.3209
18. Charoghchian Khorasani E, Tavakoly Sany SB, Orooji A, Ferns G, Peyman N. Health Literacy in Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2020;49(5):860-874.
19. Mao Y, Xie T, Zhang N. Chinese Students' Health Literacy Level, and Its Associated Factors: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;18(1):204. doi:10.3390/ijerph18010204
20. Mei X, Zhong Q, Chen G, Huang Y, Li J. Exploring health literacy in Wuhan, China: a cross-sectional analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1417. doi:10.1186/s12889-020-09520-9
21. Zhong Y, Schroeder E, Gao Y, Guo X, Gu Y. Social Support, Health Literacy and Depressive Symptoms among Medical Students: An Analysis of Mediating Effects. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):633. doi:10.3390/ijerph18020633
22. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International*. (1998); 13(4): 349–364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349
23. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3):259–67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

นเรศศักดิ์ แก้วห้วย^{*a}, สุปรียา แก้วสวัสดิ์^{**},
เรวดี เพชรศิราสน์^{***}, จุฑารัตน์ สติปัญญา^{****}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 376 คนซึ่งสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะประชากร ปัจจัยครอบครัวและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมใช้สถิติถดถอยโลจิสติกส์แบบทวิ

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.4) อายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 52.4) รายได้ 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 98.9) ส่วนการเตรียมความพร้อมโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อม (ร้อยละ 94.4) แต่ยังพบว่ากลุ่มที่มีการเตรียมความพร้อมยังมีภาระหนี้สินครัวเรือน (ร้อยละ 91.8) และกลุ่มที่ไม่มีการเตรียมความพร้อม (ร้อยละ 90.5) เช่นกัน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อม พบว่าปัจจัยคุณลักษณะประชากรมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะปัจจัยด้านโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ส่วนปัจจัยครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะรายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรมีแนวทางการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-29 ปีที่ยังมีหนี้สินครอบครัว แม้ว่ากลุ่มนี้เป็นวัยแรงงานที่สามารถทำงานและมีรายได้แต่ก็ยังมีความเสี่ยงทำให้ไม่สามารถวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม; วัยก่อนสูงอายุ; ปัจจัยด้านครอบครัว

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

*** รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**** รองศาสตราจารย์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

^a ผู้เขียนหลัก นเรศศักดิ์ แก้วห้วย Email : narasak555@hotmail.com

รับบทความ: 4 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 12 ม.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 12 ม.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 13 มี.ค. 65

Factors Influencing Preparedness among Pre-Elderly Population Living in Muang District, Suratthani Province

Naresak Keawhuai^{*a}, Supreecha Kaewsawat^{**},
Rewwadee Petsirasan^{***}, Chutarat Sathirapanya^{****}

Abstract

This research aimed to study the pre-elderly population's preparedness in Mueang district, Surat Thani province. Samples were 376 persons who were selected through the simple random sampling method. Instrument was a questionnaire on sociodemographic information, family factors, and preparation of the pre-elderly population. The data collection was conducted during August and October 2020. The data analysis was done using frequencies, percentages for descriptive information and binary logistic regression using enter method for analyzing factors affecting the pre-elderly population's preparedness.

Results revealed that most of the samples was female (72.4%), aged between 30-44 years old (52.4%), and earned more than 10,000 Baht per month (98.9%). Regarding preparedness, it was found that the sample had preparedness (94.4%) but this study found that the samples who had preparedness also had family debts (91.8%) while those who are not prepared also had family debts (90.5%) as well. When analyzing factors influencing preparedness, it was found that sociodemographic factors had significant influences to pre-elderly population's preparedness ($p < 0.05$), especially diseases, annual medical check-ups, educational levels, and marital status. Family factors also had significant influences to pre-elderly population's preparedness ($p < 0.05$), especially family income, number of family members, and period of living in the community. It is recommended that stakeholders should have guidelines to encourage preparedness before aging especially among persons aged 15-29 years with family debts to be able to prepare for aging.

Keywords : Preparedness; Pre-elderly; Family factors

* Master of Public Health Candidate, School of Public Health, Walailak University

** Assistant Professor, School of Public Health, Walailak University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University

**** Associate Professor, Faculty of Medicine, Prince of Songkhla University

^a Corresponding author Naresak keawhuai Email : narasak555@hotmail.com

Received: Dec. 24, 21; Revised: Jan. 12, 22; Accepted: Jan. 12, 22; Published Online: Mar. 13, 22

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 962 ล้านคน (ร้อยละ 13) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 พันล้านคน และ 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2565 จากประชากรโลกทั้งหมด 7,550 ล้านคน⁽¹⁾ ส่วนประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2561 ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 20 ล้านคน (ร้อยละ 20) โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยจะต้องดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพและโรคภัยต่างๆ ซึ่งเกิดจากความเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกายและปัญหาโรคประจำตัวเรื้อรังที่เกิดขึ้น⁽²⁾ จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น บุตรหลานหรือญาติและแม้แต่หน่วยงานสาธารณสุข

เมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วย่อมประสบกับปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ มากมาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41)⁽³⁾ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) และโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 8)⁽⁴⁾ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวางแผนในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเพราะจะต้องประสบกับปัญหาที่กล่าวมา หากเขาเหล่านี้ได้วางแผนเตรียมรับกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะลดปัญหาที่ต้องประสบได้⁽⁵⁾ กล่าวได้ว่าการวางแผนเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นแนวคิดที่สำคัญที่ควรสนับสนุนและควรเริ่มต้นในระยะยาวตั้งแต่ช่วงวัย 15-59 ปี^(5,6) เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่ยังมีความพร้อมในทุกๆ ด้านด้วยการเตรียมความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและที่อยู่อาศัย เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วจะมีความมั่นคงของชีวิตในวัยสูงอายุได้⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่ผ่านมา พบว่ามีข้อเสนอแนะให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านสุขภาพด้วยการเตรียมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดีสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขซึ่งการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพควรให้เหมาะสมตามช่วงวัยต่างๆ^(6,7) ด้านสังคมด้วยการรับรู้และแสวงหาแนวทางในการทำให้ตัวเองมีความพร้อมด้วยการเรียนรู้สิทธิการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อประโยชน์ของตนเอง ด้านเศรษฐกิจซึ่งต้องคำนึงถึงความมั่นคงในการใช้ชีวิตในวัยนี้แม้แต่วางแผนการเงินซึ่งจะช่วยให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้ และควรเตรียมด้านที่อยู่อาศัยด้วยเช่นกัน^(7,8)

จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีประชากรวัยสูงอายุในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 162,300 คน ร้อยละ 15.3 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,060,648 คน⁽⁵⁾ และพบว่าประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี มีจำนวน 193,528 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมแต่เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอพบว่าอำเภอเมืองเป็นพื้นที่ๆ มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมาก มีประชากรอายุระหว่าง 45-59 ปี จำนวน 32,383 คน จากผลการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.3) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 59.0) มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 37.0) มีรายได้จากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 39.3) รายได้ไม่เพียงพอที่จะเก็บออม (ร้อยละ 44.0) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.0) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด โรคเบาหวานและโรคหัวใจ จะเห็นได้ว่าปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นทำให้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ด้นัก กล่าวได้ว่าหากในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุเหล่านี้ได้มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมและวางแผนจัดการตนเองก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุก็นคงจะไม่ประสบกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้⁽⁹⁾

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาเพื่อรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคตซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาในประเด็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในกลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังมีการประกอบอาชีพและยังมีเวลาเพียงพอที่จะวางแผนให้ตนเองก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และที่อยู่อาศัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะประชากรมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ปัจจัยด้านครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะประชากรมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีหรือไม่
2. ปัจจัยด้านครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีหรือไม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้ คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 18,612 คน คำนวณเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของเครซี่และมอร์แกน⁽¹⁰⁾ ได้จำนวน 376 คน หลังจากนั้นได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนขนาดของประชากรของแต่ละหมู่บ้านแล้วดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อ ซึ่งพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทยอายุ 15-59 ปี ไม่เป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ (ไม่มีความพิการแขน ขา หรือกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง) สื่อสารภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามจำนวน 376 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยคุณลักษณะประชากร โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยครอบครัว เป็นข้อคำถามแบบ 2 คำตอบให้เลือก (Dichotomous) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านที่อยู่อาศัย จำนวน 49 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยเลย (1 คะแนน)⁽¹¹⁾ ซึ่งมีการแปลผลคะแนนของการเตรียมความพร้อมเป็น 2 ระดับ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การให้คะแนนของบลูม⁽¹²⁾ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80–100 หมายถึง มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ไม่มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (Index of consistency: IOC) พิจารณาเหมาะสมของเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันจำนวน 30 คนแล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์และนำเสนอถึงผู้นำชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนเพื่อกำหนด วัน เวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี หลังจากนั้นดำเนินการนัดกลุ่มตัวอย่าง ณ ศาลาประจำบ้าน หมู่ละ 10 คน/วัน ตามรายชื่อที่กำหนดไว้เนื่องจากขณะนั้นอยู่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงต้องมีมาตรการเว้นระยะห่างเพื่อความปลอดภัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามและชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย และตอบแบบสอบถามจนครบจำนวน 376 ฉบับ ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ลักษณะของครอบครัว หนี้สินในครอบครัว

ที่อยู่อาศัย รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อใช้ในการสรุปบรรยายโดยการนำเสนอจำนวน ค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์แบบทวิ (Binary logistic regression) แบบวิธี Enter โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ WUEC-20-091-01 ลงวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยมีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. **คุณลักษณะประชากรและปัจจัยครอบครัว** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.0 มีช่วงอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 50.5) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.1) ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 55.3) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 62.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.6) มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 74.5) และมีรายได้มาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 74.7) ส่วนปัจจัยครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 4 คน (ร้อยละ 66.5) มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (ร้อยละ 54.0) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 76.6) มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 56.6) มีหนี้สินของครอบครัว (ร้อยละ 91.8) และมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน 28 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.6)

2. **การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะประชากรและปัจจัยด้านครอบครัว** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.4) มีอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 52.4) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.7) ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 54.4) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 64.8) มีสถานะภาพสมรส (ร้อยละ 71.5) มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 98.9) และประกอบอาชีพ (ร้อยละ 97.7) ส่วนปัจจัยครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 76.1) มีหนี้สินในครอบครัว (ร้อยละ 91.8) มีบ้านของตนเอง (ร้อยละ 54.1) มีรายได้ครอบครัว 25,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 58.3) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 4 คน (ร้อยละ 64.8) มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน 28 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.8) และเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน (ร้อยละ 54.1) และในภาพรวม พบว่าส่วนใหญ่มีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 94.4) ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะประชากรกับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

ปัจจัยคุณลักษณะประชากร/ครอบครัว	การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ			
	ไม่เตรียม		เตรียม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยคุณลักษณะประชากร				
เพศ				
ชาย	10	47.6	98	27.6
หญิง	11	52.4	257	72.4
อายุ				
15-29 ปี	11	52.4	34	9.6
30-44 ปี	4	19.0	186	52.4
45-59 ปี	6	28.6	135	38.0
โรคประจำตัว				
มี	11	52.4	143	40.3
ไม่มี	10	47.6	212	59.7
การตรวจสุขภาพประจำปี				
ไม่ตรวจ	15	71.4	193	54.4
ตรวจ	6	28.6	162	45.6
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	16	76.2	125	35.2
มัธยมศึกษาขึ้นไป	5	23.8	230	64.8
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย	17	81.0	101	28.5
คู่	4	19.0	254	71.5
รายได้ (ต่อเดือน)				
ต่ำกว่า 10,000 บาท	18	18.6	79	81.4
10,000 บาทขึ้นไป	3	1.1	276	98.9
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	52.4	1	0.3
ประกอบอาชีพ	10	47.6	354	97.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) ปัจจัยคุณลักษณะประชากรกับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

ปัจจัยคุณลักษณะประชากร/ครอบครัว	การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ			
	ไม่เตรียม		เตรียม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยครอบครัว				
ด้านหนี้สินในครอบครัว				
มี	19	90.5	326	91.8
ไม่มี	2	9.5	29	8.2
ด้านที่อยู่อาศัยของครอบครัว				
เช่าที่อยู่อาศัย	10	47.6	163	45.9
มีบ้านเป็นของตัวเอง	11	52.4	192	54.1
ด้านรายได้ครอบครัว (ต่อเดือน)				
ต่ำกว่า 25,000 บาท	15	71.4	148	41.7
25,000 บาทขึ้นไป	6	28.6	207	58.3
ด้านจำนวนสมาชิกครอบครัว				
น้อยกว่า 4 คน	20	95.2	230	64.8
4 คนขึ้นไป	1	4.8	125	35.2
ด้านระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน				
ต่ำกว่า 28 ปี	3	14.3	164	46.2
28 ปี ขึ้นไป	18	85.7	191	53.8
ด้านการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน				
ไม่เป็น	3	14.3	163	45.9
เป็น	18	85.7	192	54.1
ภาพรวมการเตรียมความพร้อม	21	5.6	355	94.4

3. ระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเตรียมความพร้อมส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมระดับมากร้อยละ 88.8 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ด้านสุขภาพร้อยละ 61.4 ด้านสังคมร้อยละ 56.4 ด้านเศรษฐกิจร้อยละ 93.1 ด้านที่อยู่อาศัยร้อยละ 93.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเตรียมความพร้อม	ระดับของการเตรียมความพร้อม			
	ระดับน้อย		ระดับมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพ	145	38.6	231	61.4
ด้านสังคม	164	43.6	212	56.4
ด้านเศรษฐกิจ	26	6.9	350	93.1
ด้านที่อยู่อาศัย	26	6.9	350	93.1
ภาพรวม	42	11.2	334	88.8

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะประชากรที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็น 7.732 เท่า กลุ่มที่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่มีการตรวจสุขภาพประจำปีเป็น 1.033 เท่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาเป็น 4.012 เท่า และกลุ่มที่มีสถานภาพคู่สมรสคู่มีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด/หม้ายเป็น 6.740 เท่า ส่วนปัจจัยครอบครัว พบว่า มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้รวมของครอบครัว 25,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้รวมของครอบครัวน้อยกว่า 25,000 บาทเป็น 3.166 เท่า และกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 4 คน มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมมากกว่ากลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 4 คนเป็น 9.782 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปัจจัย	ค่าสถิติ				
	Adj. OR	SE	p-value	95% CI	
ปัจจัยคุณลักษณะของประชากร					
โรคประจำตัว	7.732	0.388	0.006	2.623	23.35
การตรวจสุขภาพประจำปี	1.033	1.281	0.008	1.003	1.408
ระดับการศึกษา	4.012	0.576	0.016	1.298	12.40
สถานภาพสมรส	6.740	0.618	0.002	2.007	22.63
ปัจจัยครอบครัว					
รายได้รวมของครอบครัว	3.166	0.505	0.023	1.176	8.526
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	9.782	1.036	0.028	1.284	74.51

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่าการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (ร้อยละ 94.4) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อม พบว่าปัจจัยคุณลักษณะประชากรมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะปัจจัยด้านโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ส่วนปัจจัยครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะรายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และนำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. ปัจจัยคุณลักษณะประชากร

ด้านโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.7) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 40.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็น 7.732 เท่า ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวไม่มีภาระค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาทำให้มีเงินเหลือที่จะเก็บออม สามารถวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าซึ่งจะทำให้ไม่มีภาวะความเครียดและวิตกกังวล มีสมรรถนะในการทำงานทำให้มีรายได้เก็บออมเงินเพื่อดูแลตัวเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการที่ไม่มีโรคประจำตัวจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูแลตนเองและครอบครัวได้ ทำให้สามารถวางแผนการใช้ชีวิตในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการไม่มีโรคประจำตัวจะทำให้บุคคลไม่มีภาวะความเครียด วิตกกังวล⁽¹³⁾ เมื่อพิจารณาผลการวิจัยรายด้าน พบว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวเป็นบุคคลที่ไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.7) ทำให้กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวไม่ได้สูญเสียเงินสำหรับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีเงินส่วนนี้เหลือในการเก็บออมในอนาคตได้และยังพบว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-44 ปี (ร้อยละ 61.3) ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่กำลังทำงานหารายได้เพื่อเพิ่มพูนความมั่นคงให้กับตนเองเนื่องจากยังเป็นวัยแรงงานที่ยังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง การวางแผนการเงินของคนวัยนี้จึงต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับปัญหาสุขภาพอนามัยทั้งในปัจจุบันและอนาคต การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าไม่ใช่วิธีที่จะวางแผนอย่างง่าย ๆ ต้องมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมและความเข้าใจอย่างรอบคอบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงทำให้การวางแผนชีวิตล่วงหน้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ และการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 77.9) ทำให้มีความสามารถในการเก็บออมเงินเพื่อใช้ในอนาคตได้

ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 54.4) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มากกว่ากลุ่มที่มีการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 45.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็น 1.033 เท่า ทั้งนี้เนื่องมาจากการตรวจสุขภาพประจำปีแต่ละครั้งจะทำให้สูญเสียเวลาการทำงาน รายได้และค่าใช้จ่ายจำนวนมาก บุคคลเหล่านี้จึงให้ความสำคัญในการทำงานเพื่อเก็บเงินไว้ใช้จ่ายมากกว่า แต่เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มที่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า เป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 56.4) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเหตุใดกลุ่มที่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีถึงมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้มากกว่า ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ไม่มีโรคประจำตัวจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาตนเองทำให้สามารถวางแผนด้านการเงินของตนเอง

ล่วงหน้าได้ซึ่งจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลทำให้มีสมรรถนะในการทำงานหารายได้เก็บออมเงิน เพื่อดูแลตัวเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ⁽¹⁵⁾ เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าบุคคลที่ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมมากกว่าบุคคลที่มีการตรวจสุขภาพ เนื่องจาก การลดภาระค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเก็บออมเงิน สามารถดำรงชีวิตประจำวันโดยไม่เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในเรื่องโรคประจำตัวที่จะเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีโรคภัยไข้เจ็บเข้ามาบรรจบจากสุขภาพร่างกายที่เสื่อมโทรม เช่น ความเสื่อมของสายตา ความเสื่อมด้านความจำ ระบบประสาทสัมผัส ความไม่คล่องตัว ก็ยังสามารถนำเงินที่เก็บไว้มาใช้จ่ายในการดูแลรักษาตนเองได้⁽¹⁶⁾

ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 64.8) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยม (ร้อยละ 35.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็น 4.012 เท่า ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและวิธีการวางแผนการเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อรับมือในการเข้าสู่วัยสูงอายุได้^(15,16) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจะมีรายได้มาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.3) เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีรายได้จากการประกอบอาชีพมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 98.9) ทำให้มีกำลังทรัพย์เพียงพอที่จะวางแผนเพื่อดำรงชีวิตในอนาคตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้^(17,20) เมื่อพิจารณาบุคคลที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป พบว่า ระดับการศึกษาส่งผลต่อกระบวนการคิดและวางแผนของบุคคลเพื่อการดำรงชีวิตในอนาคตที่ดีได้ ซึ่งการมีระดับการศึกษาที่ดีย่อมทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้ สร้างประสบการณ์และทักษะใหม่ๆ ให้สามารถก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลกทั้งด้านกายภาพและด้าน ทัศนคติได้ด้วยตนเองทำให้บุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ดีมีโอกาสที่จะนำพาชีวิตตนเองให้มีคุณภาพที่ดีได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ^(17,18)

ด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.5) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด/หม้าย (ร้อยละ 28.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็น 6.740 เท่า ทั้งนี้เนื่องมาจากบุคคลกลุ่มนี้จะช่วยกันประกอบอาชีพแสวงหาเงิน และวางแผนด้านเศรษฐกิจเพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายซึ่งยังพบอีกว่าประชากรกลุ่มนี้มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 80.6) ซึ่งมาจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 100.0) ทำให้กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่มีรายได้ที่มากเพียงพอต่อการวางแผนการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและอนาคตได้ และการมีสถานภาพสมรสคู่จะมีการปรึกษารับฟังความคิดเห็นของกันและกันเพื่อนำไปแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁹⁾ เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 66.7) ซึ่งทำให้สามารถร่วมกันคิดวางแผนและออกแบบการดำเนินชีวิต ทั้งยังสามารถช่วยเหลือ พึ่งพาอาศัย สนับสนุน ช่วยกันทำงานเก็บเงินออมได้ จึงมีโอกาที่จะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข⁽¹⁹⁾

2. ปัจจัยครอบครัว

ด้านรายได้ของครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัว 25,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 58.3) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 41.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็น 3.166 เท่า ทั้งนี้เนื่องมาจาก

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 25,000 บาทขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 57.1) ทำให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวันสามารถนำเงินส่วนหนึ่งไปเก็บออมไว้อย่างสม่ำเสมอและยังสามารถประมาณรายรับ-รายจ่าย ปัญหาที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับเงินค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยต่อตนเองและครอบครัวซึ่งจำเป็นที่จะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากได้ เพราะฉะนั้นควรส่งเสริมในเรื่องรายได้ของประชากรก่อนวัยสูงอายุ เช่น การฝึกอาชีพเสริม โดยเน้นหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การเรียนรู้การประกอบอาชีพที่ถูกต้อง เพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ควรที่จะมีการฝากเงินไว้กับธนาคารเป็นประจำเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการใช้จ่ายในอนาคต^(18,20) เมื่อพิจารณารายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว 25,000 บาทขึ้นไปส่งผลให้บุคคลกลุ่มนี้ที่มีรายได้ที่มั่นคงในชีวิตมีการเก็บออมเงินเพื่อใช้จ่ายในอนาคตทำให้การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังพบว่าบุคคลกลุ่มนี้มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 4 คน (ร้อยละ 52.8) ซึ่งการมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่น้อยจะทำให้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลงตามไปด้วย ยิ่งรายได้มีเยอะรายจ่ายมีน้อยก็จะมีเงินเก็บออมที่มากขึ้นตามไปด้วย⁽²⁰⁾

ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกครอบครัวที่น้อยกว่า 4 คน (ร้อยละ 64.8) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าครอบครัวที่มีสมาชิก 4 คนขึ้นไป (ร้อยละ 35.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็น 9.782 เท่า ทั้งนี้เนื่องมาจากการมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่น้อยกว่า 4 คนส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตลดลง สามารถบริหารค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพของครอบครัวได้อย่าง เมื่อครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอจะทำให้ครอบครัววางแผนในการเก็บออมในอนาคตได้^(20,21) เมื่อพิจารณาจำนวนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่น้อยกว่า 4 คนมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพียงพอมีเงินเหลือเพื่อเก็บออมทำให้สามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพต่างๆ ได้อย่างครบถ้วนรวมทั้งการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพได้อย่างเต็มที่ซึ่งส่งผลให้กลุ่มนี้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(21,22)

ข้อเสนอแนะ

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรส่งเสริมให้ประชาชนไม่มีภาระเรื่องหนี้สินโดยการสนับสนุนให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้นด้วยการมีอาชีพเสริม ดำรงชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง มีการจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายในครัวเรือน
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเชิงลึกในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุตามวิถีชีวิตตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลเนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้อยู่ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีมาตรการ การเข้า-ออกในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดสุราษฎร์ธานีส่งผลต่อการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดวันเวลาสถานที่ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: 2562.
2. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1392>
3. พรทิพย์ สาริโส. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;40(2):85-95.
4. ปิยะกร ไพรสนธิ์. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องพึ่งพิง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;40(4):60-71.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ประชากรและเคหะ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
6. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รอบรู้สุขภาพวัยทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th/th/e-book/3420#wow-book/>
7. ชัยวัฒน์ อ่อนโธสง. การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38(2):53-62.
8. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Ageing Process and Physiological Changes. In Gerontology. Intech. [serial online]. 2018 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <https://doi.org/10.5772/intechopen.76249>.
9. กชกร ศิวปริยากุล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2563;3(1):1-14
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
11. บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
12. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. อารีย์ สงวนชื่อ, พิษสุตา เดชบุญ, รัตนภรณ์ อาษา, พิษณุวดี ศรีธนต์, ศศิธร นวนเทศ, ณัชชา คงมัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุในเขตโรงงานอุตสาหกรรม อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารกรมการแพทย์ 2561;43(4):105-9.
14. วิจิตร แผ่นทอง. การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ด้วยการบริการสังคม เพื่อบริการระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเวา 2563;21(2):118-31.

15. นงเยาว์ มีเทียน, อภิญา วรศศิริโยธา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในผู้ใหญ่วัยกลางคนเขตกิ่งเมือง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(2):123-31.
16. ญภัทรา ภูรภัทเกียรติกุล, อีรเดช สมองทวีพร. สภาวะการออมของประชาชนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการและวิจัยมทร. พระนครสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2562;4(2):1-4.
17. ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์ 2562;11(1):37-51.
18. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2563 พ.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream>
19. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์; 2561.
20. กาญจนา สนิท, นาวัน พรหมใจสา, ศิวาพร วังสมบัติ. แนวทางการเตรียมพร้อมเข้าสู่อายุของประชาชนในเขตเทศบาลนครเชียงราย. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2560;10(2):31-48.
21. ภาณุวัฒน์ มีชนะ, ณิชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศีลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอนางรอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560;11(1):259-71.
22. สุเทพ ศรีนุช, พูนชัย ปันธิยะ, พิสิษฐ์ โคตรสุโพธิ์. แนวทางการประยุกต์หลักพุทธธรรมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีความสุข. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563;5(3): 136-49.

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบาย โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดสุรินทร์

ฐานิต อมรชินธนา^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และ 3) เพื่อประเมินรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พื้นที่ในการศึกษาคือพื้นที่นำร่องในปี 2561-2563 จำนวน 3 อำเภอ 7 ตำบล ในจังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ภาควิชาอายุรศาสตร์ 60 คน หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วจำนวน 2,619 คน หญิงตั้งครรภ์จำนวน 676 คน หญิงที่คลอดบุตรจำนวน 661 คน และ เด็กอายุ 0-2 ปีจำนวน 2,252 คน จากประชากรที่มีอยู่จริงในพื้นที่เป้าหมาย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสาร การสังเกต บันทึกการสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียนทั้งโครงการ และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Chi-square test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตที่เหมาะสมมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) ด้านความเข้มแข็งของผู้นำในชุมชนและความสนใจในเรื่องสุขภาพ 2) ด้านความเข้มแข็งของชุมชน 3) ด้านรูปแบบการดำเนินงาน 4) ด้านความร่วมมือของประชาชน และ 5) ด้านการดำเนินงานแบบบูรณาการในพื้นที่ ผลการประเมินการขับเคลื่อนนโยบาย 1) ด้านบริหารจัดการ มีการแต่งตั้งคณะทำงานตำบลในการขับเคลื่อน จัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีทิศทางนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหา 2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน มีการจัดทำแผนงานการขับเคลื่อนประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมทางสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม 3) ด้านผลิตผลและผลลัพธ์ พบว่าภาควิชาอายุรศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลังการขับเคลื่อนโครงการพบว่า หลังการขับเคลื่อนโครงการ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน และ เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 4) ด้านผลกระทบพบว่า เด็ก 0-2 ปี มีการเจริญเติบโตเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของภาควิชาอายุรศาสตร์ การกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน กิจกรรมการแก้ไขปัญหาเกิดจากการใช้ข้อมูลจริง จึงเสนอแนะให้นำรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวขยายผลดำเนินการให้เต็มพื้นที่ของจังหวัดสุรินทร์

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; นโยบายสุขภาพ; สุขภาพมารดาและเด็ก

^{*} นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

^a ผู้เขียนหลัก ฐานิต อมรชินธนา Email: thesis325@gmail.com

รับบทความ: 9 ม.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 6 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 7 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 9 มี.ค. 65

Study of Model Development for ‘the First 1,000-Day Miracle of Life’ Policy Program in Surin Province

Thapanit Amornchinthana^{*a}

Abstract

Objectives of this research were to 1) study the situations and factors affecting the policy advocacy of ‘the first 1000-day miracle of life’ program, 2) develop a model to facilitate the implementation of the program, and 3) evaluate the implementation of the program. The study was conducted during 1998 and 2020 in pilot areas in 7 sub-districts under 3 districts in Surin province. Samples included 60 persons from participating networks, 2,619 married women, 676 pregnant women, 661 mothers who recently gave births, and 2,252 children aged 0-2 years old. All samples were selected from the target areas. Qualitative data were collected using document reviews, observations, focus group discussions, and information obtained as lessons learned from the program. Quantitative data were collected using a questionnaire. The qualitative data were analyzed using content analyses. The qualitative data were analyzed using percentages, means, standard deviations and Chi-square tests. The results showed that the success of ‘the first 1000-day miracle of life’ program was depended on 5 components: 1) strength and interest in health issues of community leaders, 2) strength of the communities, 3) models of operations, 4) public participations, and 5) integrated operations in the areas. It was also found from evaluation of the program that the successful program should incorporate the following: 1) Management that included formation of task forces or committee at the district level to facilitate the program implementation, managing the database, and a clear direction that reflected the solutions to the problems, 2) Process: the operational plan that consisted of planning two types of activities: health and social activities 3) Products and outcomes: satisfactions of the networks and pregnant women attended the program was at a high level while, after the program, the number of early ANC (before the 12th week of pregnancy), the number of pregnant women attended at least 5 quality ANC, the number of breastfeeding of at least 6-month period, and the number of children aged 0-2 years old having appropriate development were all significantly higher than before starting the program. It was also found that the number of low birth weight newborns (birth weight of lower than 2,500 grams) were significantly lower. Factors

^{*} Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Surin Provincial Public Health Office

^a Corresponding author : Thapanit Amornchinthana Email : Email: thesis325@gmail.com

Received: Jan. 9, 22; Revised: Feb. 6, 22; Accepted: Feb. 7, 22; Published Online: Mar. 9, 22

contributing to success of the program included having network collaborations, setting the shared public goals and problem solving based on evidence. It was recommended to expand the program to all areas in Suring province for more effective results.

Keywords : Model development; Health policy; Maternal and child health

บทนำ

ในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ทารกในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงอายุ 2 ปี เป็นช่วงที่โครงสร้างสมองมีการพัฒนาสูงสุดทั้งการสร้างเซลล์สมองและการเชื่อมโยงระหว่างเซลล์สมอง เกิดเป็นโครงข่ายเส้นใยประสาทนับล้านโครงข่าย การที่เซลล์สมองมีการเชื่อมต่อกันทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างเซลล์อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลต่อพัฒนาการทางสมองเด็ก ส่งผลต่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และยังเป็นช่วงการสร้างอวัยวะต่างๆ ให้สมบูรณ์ ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรค ระบบเผาผลาญ ระบบทางเดินอาหารของร่างกาย เพื่อให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ถือว่าช่วง 1,000 วันแรกของชีวิตเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด ซึ่งโภชนาการที่เหมาะสมครบถ้วนในช่วงนี้ มีผลมากถึงร้อยละ 80 ในการกำหนดภาวะสุขภาพไปตลอดชีวิต⁽¹⁾ จึงเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมสมองและพัฒนาทักษะของเด็ก ร่วมกับกระบวนการกระตุ้นผ่านกิจวัตรประจำวันในรูปแบบ การกิน การกอด การเล่น การอ่านและเล่นนิทานที่เหมาะสมจากผู้ปกครองและชุมชน เป็นต้นทุนสำคัญในการกำหนดศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและเป็นส่วนสำคัญในการสร้างทรัพยากรบุคคล เด็กไทยที่มีความพร้อมในการรับมือต่อความเปลี่ยนแปลงของโลกอย่างมีคุณภาพ สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคมุมแพ้ว โรคติดต่อไม่เรื้อรัง โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีอัตราการป่วยและเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ในขณะที่ปัจจัยด้านพันธุกรรมที่ได้รับจากพ่อแม่มีส่วนกำหนดเพียงร้อยละ 20⁽²⁾ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของสตรีระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดไปจนกระทั่งเด็กอายุ 2 ปี จึงมีความสำคัญยิ่ง การมีโภชนาการที่เหมาะสมและสุขภาพที่ดีของมารดานับตั้งแต่การตั้งครรภ์ ร่วมกับการให้ความรักความอบอุ่นของครอบครัวญาติพี่น้องตลอดจนชุมชน จะทำให้ทารกเจริญเติบโตและมีพัฒนาการเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพสูง⁽³⁾

จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่า ระดับสติปัญญาเฉลี่ย (Mean IQ) ภาพรวมทั้งประเทศเท่ากับ 98.23 และ IQ>100 พบ 12 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 16 ส่วน IQ=100 พบ 30 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 39 และ IQ<100 พบ 35 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 45⁽⁴⁾ และผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย โดยเครื่องมือ Denver II จากการสำรวจ 6 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 เด็กไทยมีพัฒนาการสมวัย เท่ากับ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.8 และ 67.5 ตามลำดับ และมีพัฒนาการล่าช้าเท่ากับ 28.3, 28.0, 32.3, 26.6, 27.2 และ 32.5 ซึ่งแนวโน้มยังอยู่ในอัตราคงที่⁽⁵⁾ และยังเป็นปัญหาของประเทศที่ต้องหาแนวทางแก้ไข

สถานการณ์การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 9 ปี พบว่ามีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 10 ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพเด็กในภาพรวม แยกเป็นด้านแม่ 4 ประเด็น ด้านเด็ก 6 ประเด็น ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 69.9, 2) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 72.64, 3) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 17.22, 4) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดไอโอดีนและรับประทานทุกวัน คิดเป็น

ร้อยละ 79.87 และค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ยังต่ำกว่าค่ามัธยฐานทั้ง 4 จังหวัด, 5) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 4.77, 6) เด็กแรกเกิดกินนมแม่อย่างเดียวมานาน 6 เดือน ร้อยละ 21.19, 7) การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก ร้อยละ 9, 8) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 74.9, 9) เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน ร้อยละ 51.71, เด็ก 0-5 ปี สูงตีสมส่วน ร้อยละ 47.8 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 28.8 อ้วน ร้อยละ 14.6 ผอม ร้อยละ 8.3 และ 10) เด็กอายุ 9-12 เดือน ได้รับวัคซีน MMR ร้อยละ 91.17 และเด็กอายุ 2 ปี ได้รับวัคซีนไข้มองอักเสบ (JE) ร้อยละ 89.0⁽⁶⁾

ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก ของจังหวัดสุรินทร์ เช่นเดียวกัน พบว่า 1) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 70.79, 2) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 58.24, 3) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 22.32, 4) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดไอโอดีนและรับประทานทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 79.48 และค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ยังต่ำกว่าค่ามัธยฐาน, 5) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 5.69, 6) เด็กกินนมแม่อย่างเดียวมานาน 6 เดือน ร้อยละ 75.48, 7) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 96.02 และ 8) เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน ร้อยละ 54.17 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.34 อ้วน ร้อยละ 8.13 ผอม ร้อยละ 6.58⁽⁷⁾

จากสถานการณ์ที่พบ กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบายให้มีการโครงการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตทั่วประเทศ โดยกรมอนามัยจัดทำแนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เพื่อให้เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และสามารถดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน พัฒนาการสมวัย พ้นไม่ผู้ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2560 เป็นต้นมา เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตพร้อมกันทั้ง 4 จังหวัด ครอบคลุมทั้งในกลุ่มประชากร หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อผลลัพธ์ที่คาดหวังอย่างเป็นรูปธรรมคือ เด็กปฐมวัยมีระดับสติปัญญาดี มีทักษะชีวิตดี มีวินัย มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการสมวัยในทุกด้าน พร้อมทั้งสามารถขยายผลการพัฒนานี้ให้ครอบคลุมในพื้นที่ในระดับตำบลให้เกิดความเข้มแข็ง ต่อเนื่อง และยั่งยืน การดำเนินงานนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตเป็นอีกหนึ่งนโยบายที่มีแนวคิดในการบูรณาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการสาธารณสุข ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในด้านสุขภาพแข็งแรง สังคมที่ดี วิถีชีวิต เศรษฐกิจ และรายได้เพียงพอ ซึ่งหากมีการบูรณาการร่วมตั้งแต่ในระดับชาติกำหนดเป็นเป้าหมายการดำเนินงานสื่อสารในเชิงนโยบายของทั้ง 4 กระทรวงที่เกี่ยวข้องทุกระดับตั้งแต่กระทรวง จังหวัด อำเภอ และระดับตำบล จะเป็นผลดีในการดำเนินงานทั้งในด้านบุคลากรและด้านงบประมาณในการดำเนินงาน⁽⁸⁾

ในการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตพบว่า กระบวนการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหาอยู่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ไม่สามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและขาดความยั่งยืน ดังนั้นเงื่อนไขสำคัญของการนำไปสู่ความสำเร็จคือ การบูรณาการและการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง⁽⁹⁾ ซึ่งถือว่าเป็นความท้าทายที่สำคัญในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

จังหวัดสุรินทร์ มีการออกแบบคิดในการแก้ไขปัญหา โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and community-based) ด้วยการสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวให้รับรู้และตระหนักในการดูแลเอาใจใส่ ให้ความสำคัญกับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายในชุมชน รวมถึงกลุ่มจิตอาสาต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นและความต้องการ โดยคาดหวังให้มีการส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตโดยมีความพร้อมและสมบูรณ์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ เก่ง ดี มีทักษะชีวิตและสุขภาพดี เติบโตในครอบครัวที่มีความรักความผูกพัน โดยมีกระบวนการดูแลพ่อแม่ตั้งแต่ง่อนการตั้งครรภ์ และการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งผลให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และเด็กมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน เน้นฐานการแก้ปัญหา เข้าใจ เข้าถึงการพัฒนาในชุมชนที่ช่วยเหลือเกื้อกูล และในสังคมที่เป็นมิตร ร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยดำเนินการ นำร่องใน 3 อำเภอ 7 ตำบล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 เป็นต้นมา และคาดหวังว่า จะส่งมอบเด็กอายุสองปีบริบูรณ์ ที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจให้กับชุมชน ประกอบด้วย เด็กสูงดี สมส่วน ตามมาตรฐานที่กำหนด มีฟันอย่างน้อย 12 ซี่ ฟันน้ำนมไม่ผุ และเด็กมีศักยภาพที่ดี ได้แก่ วิ่งและกระโดดได้ 2 ขา ถอดชุดตัวเอง เล่นแล้วเก็บของตัวเอง ตักข้าวกินเอง บอกขับถ่ายอุจจาระได้ พูดได้ 2 คำที่มีความหมาย และบอกความต้องการของตัวเองได้⁽¹⁰⁾

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ผลของการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ว่ามีผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จ หรือผลกระทบอย่างไรบ้างต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเด็กมีการเจริญเติบโตโดยมีความพร้อมและสมบูรณ์มีทักษะชีวิตและสุขภาพที่ดี ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อ พัฒนาการสมวัย ของเด็ก ตลอดจนการพบว่า มีสิ่งใดหรือปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงาน และหรือมีปัญหาอุปสรรคอะไรที่ขัดขวางการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญในการที่จะส่งเสริมปรับปรุง ให้เกิดการดำเนินงานตามโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และที่สำคัญสามารถกำหนดเป็นนโยบายการดำเนินงานของจังหวัดสุรินทร์ในการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กให้ลดลง หรือหมดไป ตามมาตรการที่ค้นพบได้ ซึ่งจะนำมาสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดสุรินทร์ในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อประเมินรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดสุรินทร์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR)⁽¹¹⁾ แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย ข้อมูลบริบท และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ ประกอบด้วย การจัดทำแผนการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ประกอบด้วยประเมินการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยใช้การมีส่วนร่วมของ ภาควิชาเครือข่าย มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

พื้นที่การวิจัย พื้นที่เป้าหมายเป็นการศึกษาเป็นพื้นที่ นำร่องในปีงบประมาณ 2561-2563 จำนวน 3 อำเภอ 7 ตำบล คือ อำเภอเมือง ตำบลในเมือง อำเภอปรางค์ ตำบลกึ่งแอน ตำบลท่อม ตำบลธานี และอำเภอพนมดงรัก ตำบลบักได ตำบลจิกแดก ตำบลตาเมียง

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาควิชาเครือข่ายจำนวน 60 คน หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วจำนวน 2,619 คน หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 676 คน หญิงคลอด จำนวน 661 คน และ เด็กอายุ 0-2 ปี จำนวน 2,252 คน และเป็นการเลือกจากประชากรที่มีอยู่จริงในพื้นที่เป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสถานการณ์หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด ทารกแรกเกิด เด็กกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เด็กอายุ 0-2 ปี เอกสารสรุปผลการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปีงบประมาณ 2560-2561 เอกสารคำสั่งคณะทำงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่าย (1) สร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เวทีประชาคม (2) มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การสร้างความรอบรู้ เช่น การสื่อสาร สร้างการรับรู้ ความตระหนัก (3) การพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐานการดำเนินงาน (4) การติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง (5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันและศึกษาดูงานเป็นการเพิ่มทักษะในการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นการประเมินการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่าย ที่ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านบริหารจัดการ ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ และด้านผลกระทบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1) การประเมินการบริหารจัดการโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารสรุปผลการดำเนินการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ของพื้นที่เป้าหมาย และของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ คำสั่งคณะทำงาน แผนการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เป็นต้น

2) การประเมินกระบวนการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารสรุปผลการดำเนินการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของพื้นที่เป้าหมาย และของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย แผนการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตและภาพกิจกรรม เป็นต้น

3) การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูล จากเครื่องมือ ดังนี้

3.1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽¹²⁾ เท่ากับ 0.81

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของ หญิงหลังคลอดและผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี ที่เข้าร่วมโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

3.4 แบบสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ ประเด็นคำถามที่กำหนดไว้ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ส่วนที่ 2 แนวทางการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ให้เกิดความยั่งยืนควรทำอย่างไร

การประเมินผลกระทบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งได้ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ (Pre-research) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)

1) การคัดเลือกชุมชนและการเข้าสู่ชุมชน

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน ชุมชนในเชิงคุณภาพ คือ ทางกายภาพ ชีวภาพสังคมและวัฒนธรรม ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ระบบงานอนามัยแม่และเด็กของชุมชน เพื่อศึกษาและเรียนรู้ศักยภาพของชุมชน เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินการศึกษา โดยการเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารและการเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยการสนทนากลุ่ม การสังเกต การซักถามผู้รู้ การคัดเลือกชุมชนยึดหลักว่ายังมีอุปสรรคในการดำเนินงานงานอนามัยแม่และเด็กหรือพบสภาพปัญหางานอนามัยแม่และเด็กและสภาพแวดล้อมที่ต้องดำเนินการแก้ไขโดยเร่งด่วนเพื่อเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพชีวิตและเป็นชุมชนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเข้มแข็ง เพื่อเป็นต้นแบบของการทำวิจัยและการพัฒนาในกับชุมชนอื่น

2) การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการวิจัยและก่อให้เกิดการประสานงานที่ดี เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับแกนนำชาวบ้านเพื่อเป็นการปฏิบัติงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ภาคีเครือข่ายสุขภาพและคณะผู้วิจัย กิจกรรมสำคัญของการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ คือจัดตั้งคณะทำงานภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การประสานความร่วมมือ การสร้างความรู้และความเข้าใจในกรอบของการทำงานวิจัยและการหาหรือแนวทางพัฒนาชุมชน ด้วยการประชุมปรึกษาหารือกันเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกันในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายในการทำงานวิจัย

3) จัดเวทีเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์แก่ภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เพื่อสร้างความเข้าใจในกรอบของการทำงาน

4) จัดเวทีเสริมสร้างความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้แกนนำหมู่บ้าน ประชาชนชาวบ้าน เพื่อค้นหาวัฒนธรรมท้องถิ่น สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นปฏิบัติการ (Action Phase)

1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับชุมชน ขณะดำเนินการวิจัยทั้งในส่วนการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน พุดคุยอย่างเป็นทางการกับผู้บริหารภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ทำความเข้าใจระดับอำเภอและระดับตำบล โดยการนำเสนอผลการศึกษาชุมชน ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก นโยบายการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเขตสุขภาพที่ 9 และจังหวัดสุรินทร์ ประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหาข้อดี ข้อด้อย เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชน พร้อมไปกับการประเมินความเป็นไปได้ในด้านทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่น และทรัพยากรธรรมชาติเพื่อที่จะนำทรัพยากรมากำหนดแผนเพื่อการจัดโครงการ จัดเวทีประชาคมระดับหมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนทุกคนในหมู่บ้าน ให้เกิดความคาดหวังร่วมกัน การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน และวางแผนแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเพื่อชุมชน โดยการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายและแกนนำระดับหมู่บ้าน และการดำเนินงานตามกิจกรรมมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

2) พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ องค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรประชาชนกำหนดแนวทางแก้ไขและแผนปฏิบัติงานที่จะดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ขั้นตอน ทรัพยากร ระยะเวลา การประเมินผลและผู้รับผิดชอบ

3) กำหนดแผนงานและการจัดการ กำหนดแผนปฏิบัติงานและกิจกรรมตามลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้รับผิดชอบงานนั้นพร้อมติดประกาศในที่สาธารณะ เช่น บอร์ดของโรงเรียน ศาลากลางหมู่บ้าน ประกาศจากหอกระจายข่าว ชี้แจงในที่ประชุมผู้นำหมู่บ้าน เพื่อให้ชุมชนได้รู้การดำเนินงานและกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

4) การนำแผนไปปฏิบัติ ดำเนินการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติงานและกิจกรรมที่กำหนดไว้ การดำเนินงานนั้น ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ประจักษ์สุขภาพชุมชนจะเป็นผู้ดำเนินการตามมติที่ประชุม ส่วนผู้วิจัยจะมีบทบาทในการให้ข้อมูล แนะนำและเสริมสร้างศักยภาพ

5) ติดตามประเมินผลตามแผนปฏิบัติงาน ร่วมกันประเมินผลงานวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานและแสวงหาแนวทางการแก้ไข

6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยใช้เทคนิคการวางแผนเชิงวัตถุประสงค์ (Objective oriented project planning) ด้วยการใช้บัตรคำถ่ายทอดความคิดเห็นและเทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์กลุ่ม ตามประเด็นที่กำหนดขึ้น ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ รู้ระหว่างภาคีเครือข่ายการทำงาน ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้แก่ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรี นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) ปลัดเทศบาล ปลัดอบต. ครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็ก ตัวแทนภาคประชาสังคม ได้แก่ ตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้อำนวยการ รพ.สต. ตัวแทนห้องคลอด ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ รพ.สต.

ขั้นประเมินผล (Evaluation phase)

- 1) สํารวจสถานการณ์หลังดำเนินการ เป็นการสํารวจข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- 2) สํารวจข้อมูลการมีส่วนร่วมองค์การบริการส่วนตำบลและองค์กรประชาชน โดยการศึกษาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการศึกษาทั้งหมด ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย กิจกรรมต่างๆ และกระบวนการบริหารจัดการ สรุปผลการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นอย่างไร รวมถึงแนวโน้มความยั่งยืน
- 3) การประเมินผลและจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน เป็นเอกสาร และสื่อวีดิทัศน์ เพื่อประกอบการถ่ายทอดบทเรียนแก่พื้นที่อื่น
- 4) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีสู่พื้นที่อื่น โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีการประชุมงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดสุรินทร์ จัดนิทรรศการแสดงผลงานของกรมอนามัย และเขตบริการสุขภาพที่ 9 นำเสนอผลการดำเนินงานในการประชุมสัมมนาวิชาการนานาชาติของกรมอนามัย เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ขั้นก่อนการวิจัย Pre-research การศึกษาข้อมูลทั่วไปขององค์การบริการส่วนตำบลและองค์กรประชาชน ได้แก่ สภาพทางกายภาพ ชีวภาพ สังคมและวัฒนธรรม ระบบการติดต่อสื่อสาร ความเป็นอยู่ของหมู่บ้าน และข้อมูลพื้นฐาน ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม
- 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action phase) นักวิจัยมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลตลอดระยะการดำเนินการ ประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรมตามแผนการปฏิบัติงาน อธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นและกลไกการทำงานที่ได้ดำเนินการโดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการศึกษาความร่วมมือของโรงเรียนและองค์กรชุมชนการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและช่องทางการสื่อสารของหมู่บ้าน และโรงเรียนที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน ประเมินกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการศึกษาการเก็บรวบรวมประกอบด้วยวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม
- 3) ขั้นประเมินผล (Evaluation phase) เป็นการประเมิน วิเคราะห์ สรุปผลเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และสรุปผลการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็นอย่างไร ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แล้วรายงานผลการวิจัย และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีสู่พื้นที่อื่น ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านบริหารจัดการ ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ และด้านผลกระทบ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เป็นการนำข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม มาแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความเพียงพอและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน การดำเนินการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ และวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้การยินยอม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดขั้นตอนรวมทั้งประโยชน์ของการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือ ออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม สิทธิความเป็นส่วนตัวและการรักษาสัญญาเป็นความลับส่วนบุคคล และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิและประโยชน์

ผลการวิจัย

ผลการประเมินการดำเนินงานตามการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สรุปได้ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ การแต่งตั้งคณะทำงานตำบลการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ทั้งระดับหมู่บ้านและตำบล ซึ่งมีการมอบหมายหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน มีการจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง มีทิศทางนโยบายส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-2 ปีที่ชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาชุมชน องค์กรหลักในการขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีการปรับกระบวนการดำเนินงานโดยอาศัยแนวคิดการแก้ปัญหาโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน พร้อมวิเคราะห์ในการวางแผนทำงาน

2. ด้านกระบวนการ การจัดทำแผนงานการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลักคือ กิจกรรมทางสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการพัฒนา เพื่อทราบปัญหาและสถานการณ์สุขภาพของชุมชนจากการทำประชาคมและสัมภาษณ์เชิงลึกจากตัวแทนองค์กร ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุกำหนดแนวทางการดำเนินงาน กิจกรรมและการประเมินผล ทำให้ชุมชนเรียนรู้ การพัฒนาระบบสุขภาพโดยชุมชน และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่าย เพื่อส่งต่อความรู้และพัฒนางานในชุมชน ผลักดันให้ชุมชน ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ร่วมลงทุนและเป็นเจ้าของในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-2 ปี ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง สร้างระบบกำกับติดตามและประเมินผลเป็นระยะ

3. ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (1) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ตามลำดับ (2) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือด้านผู้มีส่วนร่วมในโครงการ รองลงมา คือ ด้านกิจกรรมโครงการ และด้านเนื้อหาและความรู้เกี่ยวกับโครงการ ตามลำดับ (3) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลังการขับเคลื่อนโครงการ พบว่า อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ หลังการขับเคลื่อนโครงการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.37 เป็นร้อยละ 80.92 แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ หลังการขับเคลื่อนโครงการ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 62.22 เป็นร้อยละ 72.01 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) อัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางหลังการขับเคลื่อนโครงการลดลงจากร้อยละ 22.22 เป็นร้อยละ 19.38 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p=0.343$) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หลังการขับเคลื่อนโครงการลดลงจากร้อยละ 9.30 เป็นร้อยละ 4.69 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ($p=0.001$) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือนหลังการขับเคลื่อนโครงการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.93 เป็นร้อยละ 77.91 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ($p=0.000$) เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัย หลังการขับเคลื่อนโครงการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.23 เป็นร้อยละ 92.18 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ($p=0.002$) ดังตารางที่ 1-6

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ก่อนและหลังการขับเคลื่อนโครงการ มหัทศจรีย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของจังหวัดสุรินทร์

ผลการขับเคลื่อนโครงการ	การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์		รวม ราย (ร้อยละ)
	เกิด ราย (ร้อยละ)	ไม่เกิด ราย (ร้อยละ)	
ก่อนขับเคลื่อนโครงการ ปี 2561	38 (70.37)	16 (29.63)	54 (100)
หลังขับเคลื่อนโครงการ ปี 2563	547 (80.92)	129 (19.08)	676 (100)
รวม	585 (80.14)	145(19.86)	730 (100)

$$\chi^2=6.372, df=1, p=0.012$$

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ก่อนและหลังการขับเคลื่อนโครงการ มหัทศจรีย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของจังหวัดสุรินทร์

ผลการขับเคลื่อนโครงการ	การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง		รวม ราย (ร้อยละ)
	เกิด ราย (ร้อยละ)	ไม่เกิด ราย (ร้อยละ)	
ก่อนขับเคลื่อนโครงการ ปี 2561	28 (62.22)	17 (37.78)	45 (100)
หลังขับเคลื่อนโครงการ ปี 2563	491 (72.63)	185 (27.37)	676 (100)
รวม	519 (71.98)	202 (28.02)	721 (100)

$$\chi^2 = 9.857, df = 1, p = 0.002$$

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของจังหวัดสุรินทร์

ผลการขับเคลื่อนโครงการ	หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง		รวม ราย (ร้อยละ)
	เกิด ราย (ร้อยละ)	ไม่เกิด ราย (ร้อยละ)	
ก่อนขับเคลื่อนโครงการ ปี 2561	12 (22.22)	42 (77.78)	54 (100)
หลังขับเคลื่อนโครงการ ปี 2563	131 (19.38)	545 (80.62)	676 (100)
รวม	143 (19.59)	587 (80.41)	730 (100)

$\chi^2 = 0.899$, $df = 1$, $p = 0.343$

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ก่อนและหลังการขับเคลื่อนโครงการ มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของจังหวัดสุรินทร์

ผลการขับเคลื่อนโครงการ	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 ก.		รวม ราย (ร้อยละ)
	เกิด ราย (ร้อยละ)	ไม่เกิด ราย (ร้อยละ)	
ก่อนขับเคลื่อนโครงการ ปี 2561	4 (9.30)	39 (90.70)	43 (100)
หลังขับเคลื่อนโครงการ ปี 2563	31 (4.69)	630 (95.31)	661 (100)
รวม	35 (4.97)	669 (95.03)	704 (100)

$\chi^2 = 7.859$, $df = 1$ $p = 0.001$

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราเด็กกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ก่อนและหลังการขับเคลื่อนโครงการ มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของจังหวัดสุรินทร์

ผลการขับเคลื่อนโครงการ	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน		รวม ราย (ร้อยละ)
	เกิด ราย (ร้อยละ)	ไม่เกิด ราย (ร้อยละ)	
ก่อนขับเคลื่อนโครงการ ปี 2561	41 (75.93)	13 (24.07)	54 (100)
หลังขับเคลื่อนโครงการ ปี 2563	515 (77.91)	146 (22.09)	661 (100)
รวม	556 (78.98)	148 (21.02)	704 (100)

$\chi^2 = 9.354$, $df = 1$ $p = 0.000$

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย ก่อนและหลัง การขับเคลื่อน
โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของจังหวัดสุรินทร์

ผลการขับเคลื่อนโครงการ	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		รวม ราย (ร้อยละ)
	เกิด ราย (ร้อยละ)	ไม่เกิด ราย (ร้อยละ)	
ก่อนขับเคลื่อนโครงการ ปี 2561	235 (84.23)	44 (15.77)	279 (100)
หลังขับเคลื่อนโครงการ ปี 2563	2,076 (92.18)	176 (7.82)	2,252 (100)
รวม	2,311 (91.31)	220 (8.69)	2,531 (100)

$\chi^2 = 6.897$, $df = p = 0.002$

4. ด้านผลกระทบ พบว่า เด็ก 0-2 ปี มีการเจริญเติบโตสูงดีสมส่วน ร้อยละ 85.4 พันนํ้านม ไม่ผู้ ร้อยละ 98.8 และมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.18 จากผลสำเร็จการดำเนินงาน พบว่ามีปัจจัยที่มีผล ต่อความสำเร็จ คือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดำเนินงาน การกำหนดนโยบายสาธารณะ ร่วมกัน กิจกรรมการดำเนินงานเกิดจากการใช้ข้อมูลจริงของชุมชนมาวางแผนการดำเนินงาน ที่มี ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและวิถีชีวิตของประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุน เป็นผู้นำในการดำเนินงาน จึงมีข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรจะได้นำรูปแบบการดำเนินงานตามโครงการ การขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตขยายผลดำเนินงานให้เต็มพื้นที่ของจังหวัดสุรินทร์

การอภิปรายผล

1. การขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ของจังหวัดสุรินทร์ ใช้รูปแบบ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นรูปแบบที่มีเงื่อนไขความสำคัญในการในการบูรณาการและการทำงาน ร่วมกันของภาคีเครือข่าย ที่จะส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เด็กเติบโตมาเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพ โดยเฉพาะ ช่วงวัยทองของเด็กที่สำคัญที่สุดคือการพัฒนาสมอง ตั้งแต่ปฏิสนธิถึงสองขวบปีแรก แนวทางการขับเคลื่อน โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานจึงเป็นการแก้ไขปัญหาที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณีที่เป็นความเชื่อของชุมชนในแต่ละ ท้องถิ่น เช่น ประเพณีผอกผีพราย พิธีผูกข้อต่อแขนรับขวัญ พิธีกล่อมเด็กลงอุหรือเรียกว่าพิธีฮ่อนกระดัง เป็นกุศโลบายสำคัญที่สร้างคุณค่าให้กับเด็กที่เกิดใหม่ในชุมชน ซึ่งไม่ได้เน้นเพียงมิติสุขภาพเพียงด้านเดียว แต่ครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัว เน้นการสร้างความร่วมมือกับ ภาคีเครือข่ายในการแก้ปัญหาครอบครัว เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชนและสังคมตระหนักถึง ความสำคัญของการดูแลสตรีตั้งครรภ์และเด็ก 0-2 ปี รวมทั้งสร้างความผูกพันระหว่างเด็ก ครอบครัวและ ชุมชน เน้นการทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงาน 4 กระทรวงหลัก (สาธารณสุข, มหาดไทย, พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และศึกษาธิการ) เพื่อเป็นการสื่อสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายและชุมชนได้เห็นความสำคัญและได้ร่วมคิดร่วมวางแผนโดยอาศัยแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ผ่านการทำประชาคมและการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ทำให้ภาคีเครือข่ายและ

ประชาชนรับรู้บทบาทหน้าที่ว่าต้องสนับสนุนอย่างไร โดยมีกลไกในการทำงาน คือ Child and family care team (CFT) ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระสงฆ์ ปราชญ์ชาวบ้าน ครู อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว โดยการให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูล โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ ลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจและการเมือง ความเป็นมาและสภาพความเป็นอยู่ของชุมชน ทำให้ชุมชนรับรู้ข้อมูลสภาพความเป็นจริงของชุมชน ส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบต่อชุมชนและตนเอง และสามารถค้นหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา หาสาเหตุของปัญหา ได้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงและความต้องการของชุมชน ดังนั้นวิธีการเสริมพลังการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สำคัญ คือการให้ชุมชนได้รับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและมีส่วนได้ส่วนเสียทุกระบวนการสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ผลการศึกษาพบว่า พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ จาก 4 ภาคีหลัก ได้แก่ 1) องค์กรบริหารส่วนตำบล 2) หน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานศึกษา 2 ระดับ คือ โรงเรียนประถมศึกษา และ ศูนย์พัฒนาเด็ก 3) ภาคประชาชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลไกเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานและ ประชาชน ให้ได้รับข้อมูลข่าวสารในการสร้างเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหลักในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพให้คำปรึกษา และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน และ 4) ผู้ใหญ่บ้าน เป็นแกนนำสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูล และร่วมกิจกรรม ส่วนประเด็นที่สองการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ดำเนินการกิจกรรมที่เป็นบริบทของพื้นที่ และ 2) เป็นการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานหลัก และเป็นไปตามวิถีชีวิตของแต่ละวัย⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของ อสม. โดยรวมมีความเหมาะสมระดับมาก โดยมีด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ ตามลำดับ การประเมินผลการพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงาน พบว่าหลังการพัฒนามีระดับความรู้และระดับการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการพัฒนา⁽¹⁴⁾ จึงเห็นได้ว่า ผลสำเร็จของการขับเคลื่อนโครงการโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ของจังหวัดสุรินทร์ เกิดจากการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในการตัดสินใจและเข้าร่วมในกิจกรรม การพัฒนาเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอน ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดในเรื่องที่อยู่ใกล้ตัว เช่น ความปลอดภัยในชีวิต ด้านสาธารณสุข เป็นต้น และปัจจัยสำคัญในพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน คือการให้บุคคลเข้าร่วมในการดำเนินงานนอกเหนือจากคนในองค์กรแล้ว ควรมีบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ด้านวิชาการ ด้านทรัพยากร ด้านสิ่งแวดล้อม ควรให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน มีการติดตามสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการสนับสนุนและเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี ก่อให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน และยังพบว่าการจัดให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยการให้ใช้ประสบการณ์จากการศึกษาดูงาน หรือมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก้ไขปัญหาาร่วมกัน ส่งผลให้ชุมชนมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้

2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตจังหวัดสุรินทร์ มีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาคีเครือข่ายมีความตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่ของการมีส่วนร่วม จากการทำประชาคมร่วมกันโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งที่เป็นตัวแทนชาวบ้านและนักพัฒนา และการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ทำให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนรับรู้บทบาทหน้าที่ว่าต้องสนับสนุนอย่างไร ทำให้ภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และชุมชนมามีส่วนร่วมวางแผนในการตัดสินใจ รับรู้ข้อเท็จจริงและกระตุ้นกลุ่มเป้าหมาย ให้ตื่นตัวในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตและประเด็นการพัฒนาการเจริญเติบโตของเด็กถือเป็นประเด็นร่วม ทั้งในระดับปัจเจก คือ พ่อ แม่ และครอบครัว เครือญาติและชุมชน โดยธรรมชาติแล้วเด็กเป็นช่วงวัยที่ทุกคนให้ความรักและเห็นความสำคัญ ด้วยการรับรู้ว่าเด็กคืออนาคตของครอบครัวและชุมชน ดังนั้นการใช้ประเด็นที่เกี่ยวกับเด็ก จึงสามารถดึงใจองค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ที่พบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมมีความเหมาะสมระดับมาก โดยมีด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ตามลำดับ⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
 - ควรกำหนดนโยบายด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ เพื่อสร้างโอกาสให้องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนรวมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ มีส่วนร่วมในการวางแผน ในการตัดสินใจ รับรู้ข้อเท็จจริงและเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จ
 - ขยายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เป้าหมายและมีการติดตามประเมินผลโครงการในพื้นที่ที่มีการขยายโครงการอย่างต่อเนื่อง
 - ควรมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำรูปแบบการดำเนินงานที่ดี (Best practice) มาเป็นต้นแบบในการพัฒนาและมีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีการขยายโครงการ
 - ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ควรส่งเสริมให้ประชาชนทุกระดับมีส่วนร่วมโดยใช้เวทีประชาคมเพื่อสร้างความร่วมมือร่วมใจ สร้างกระแสการมีส่วนร่วมคิด ร่วมรับผิดชอบของชุมชน
 - จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมีกิจกรรมที่หลากหลายตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ของชุมชน และมีการดำเนินงานแบบบูรณาการเพื่อตอบสนองปัญหาของชุมชน ดังนั้นภาครัฐควรขยายความคิดและวิธีการทำงานด้านสุขภาพให้สอดคล้องครอบคลุมแบบบูรณาการไม่แยกส่วน สามารถนำไปใช้กับการดำเนินชีวิตของชุมชน
 - ควรมีการกำหนดบทบาทของแต่ละกระทรวงให้ชัดเจนเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีภาคส่วนอื่น ๆ มาร่วมในการพัฒนาชุมชนต้นแบบอื่นๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาพัฒนาภาพรวมของการมีส่วนร่วมในจังหวัด
- ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบชุมชนที่มีลักษณะความเป็นอยู่กึ่งชนบทกึ่งเมือง ซึ่งสมาชิกในชุมชนมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ต่างกัน ในรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สินชัย ตันดิรัตน์นันท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ที่ส่งเสริมการจัดทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์อภิสิทธิ์ บุญประดับ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) และนางจางวรรณ เย็นเสมอ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการวิชาการ) ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณภาคีเครือข่ายอาสาสมัครพัฒนาเด็กและครอบครัว (CFT) จากพื้นที่นำร่องทุกท่าน ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และทุกๆ ท่านที่มีได้เอื้อนาม ที่มีส่วนช่วยให้ผู้วิจัยมีพลังและกำลังใจ จนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
2. กรมอนามัย. แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต. กรุงเทพฯ: เอวิโปรแกรสซีฟ; 2561.
3. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. การขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตของ เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2561.
4. กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต; 2559.
5. กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
6. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. การขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตของ เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2561.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สรุปรายงานประจำปีกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์ปี 2561. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2561.
8. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. รายงานการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น; 2561.
9. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. 2560-2579 เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา : ศูนย์อนามัยที่ 9 ; 2559.
10. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. โครงการ “พัฒนานาแม่สตรีและเด็กปฐมวัย เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย สูงดีสมส่วนและพัฒนาการสมวัย. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2562.
11. กมล สุดประเสริฐ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์; 2537.

12. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
13. นิลภา จิระรัตนวรรณะ, สุคนธ์ วรธนะอมร, ศรีสุดา รัศมีพงศ์. การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ.วารสารคณะพลศึกษา.2560; 15 (ฉบับพิเศษ): 179-88.
14. สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญยธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล. การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2562; 15(36): 115-28.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กันติชา ธนทอง*, ธีรณัฐ ยินดีสุข**, ปาริฉัตร บรรเทือง*,
สุเพียร โภคทิพย์***, สุรัญทิพ จารุวัชรวิงค์****

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ระบาดและแพร่กระจายไปทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะส่งผลให้การทำหน้าที่ของไตลดลงและเสื่อมได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตได้หากมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมต่างๆ ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการแพร่กระจายของเชื้อได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมี 3 บทบาทที่สำคัญดังนี้ 1) บทบาทพยาบาลในการค้นหาและการคัดกรอง 2) บทบาทพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และ 3) บทบาทพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำสำคัญ : การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม; ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง; การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; บทบาทพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

** อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

**** อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

^a ผู้เขียนหลัก : ธีรณัฐ ยินดีสุข Email : oohyinde74@gmail.com

รับบทความ: 21 ม.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 14 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 15 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 14 มี.ค. 65

Review Article

Nurses' Roles in Preventing COVID-19 for Patients with Chronic Kidney Disease Who Receive Hemodialysis

Kanticha Thanutong^{*}, Teranut Yindesuk^{**a}, Parichat Bunthuang^{*},
Supian Pokathip^{***}, Sutantip Jaruwatchareewong^{****}

Abstract

Due to the pandemic of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), elderly especially those with chronic conditions such as chronic kidney disease with impaired and deterioration of kidney functions and patients taking immunosuppressive drugs are the groups that tend to have more severe symptoms and have greater risk of complications and possibly deaths. Most patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis are elderly with various co-morbidities. They must undergo hemodialysis at the hemodialysis unit 3 times per week, making them even more vulnerable to infections and the spread of the virus. Nurses therefore play a key role in the prevention of coronavirus 2019 infection with three important roles: 1) the role in detecting and screening, 2) the role in preventing coronavirus 2019 infection for personnel and patients with chronic kidney disease, and 3) the role in preventing coronavirus 2019 infection in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis.

Keywords : Hemodialysis; Patients with chronic kidney disease; COVID-19 prevention; Nurses' roles

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

^{**} Nursing Instructor, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Ubon Ratchathani

^{***} Registered Nurse, Senior Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

^{****} Nursing Instructor, Department of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Ubon Ratchathani

^a Corresponding author : Teranut Yindesuk Email : oohyinde74@gmail.com

Received: Jan. 21, 22; Revised: Feb. 14, 22; Accepted: Feb. 15, 22; Published Online: Mar. 14, 22

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19, ย่อจาก Coronavirus disease 2019) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา มีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน เชื้อไวรัสดังกล่าวได้แพร่กระจายไปยังประเทศต่างๆ ในทุกทวีปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากสถิติเมื่อวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 270,426,619 คน เสียชีวิต 5,321,871 คน และอัตราการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 2,172,044 คน มีผู้เสียชีวิต 21,194 คน คิดเป็น 0.68%⁽¹⁾ การระบาดลุกลามไปทั่วโลก ส่งผลให้โรงพยาบาลทั่วประเทศต้องเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉลี่ยมีระยะ 2 วัน (12 ชั่วโมง – 5 วัน) คาดการณ์จากประวัติของผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉลี่ย 14 วัน อาการทางคลินิก ได้แก่ ไข้ ไอ คัดจมูก มีเสมหะ เจ็บคอ ปวดศีรษะ หายใจถี่ ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย ปวดข้อ นานวัน วิงเวียน อาเจียน ท้องเสียและหายใจลำบาก⁽²⁾ และในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกันมักจะมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตได้หากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบร้อยละ 5⁽³⁾

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตบางรายอาจต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันและยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จากการเดินทางไปรับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากต้องเดินทางโดยระบบขนส่งมวลชน/รถรับจ้าง ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น ร่วมกับภาวะที่ภูมิคุ้มกันลดลงจากโรคและยาที่ได้รับ เมื่อพิจารณาจากสาเหตุทั้งหมดข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้สามารถติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มากกว่าคนทั่วไป และมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตได้⁽⁴⁻⁷⁾

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้เขียนในฐานะที่เป็นพยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในปี 2563 และ 2564 เป็นจำนวนมากถึง 3,281 และ 3,125 ตามลำดับ⁽⁸⁾ รวมทั้งมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เข้ามารับการรักษาจากการแพร่ระบาดครั้งนี้ ทำให้เกิดความความไม่มั่นคงทางด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานรวมถึงสุขภาพของประชาชน กระทรวงสาธารณสุข และสถานบริการควรให้ความสำคัญกับการควบคุมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นลำดับแรก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ก่อนเผยแพร่องค์ความรู้แก่ประชาชนต่อไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดี อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างครบถ้วนทุกประเด็น⁽⁹⁻¹⁰⁾ พยาบาลหน่วยไตเทียมจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สร้างความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครั้งนี้

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย⁽¹¹⁻¹²⁾

เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย แพทย์จะพิจารณาด้วยการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement) ได้แก่

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หมายถึง การอาศัยเครื่องมือในการทำหน้าที่แทน เพื่อที่จะขจัดของเสียที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าการขจัดของเสียออกทางหน้าที่องคกรต้องมีการเตรียมหลอดเลือด มีทั้งแบบชั่วคราวและถาวร ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ 4.5 ชั่วโมง แต่มีข้อจำกัดด้วยราคาค่อนข้างแพง และมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า การบำบัดทดแทนไตชนิด peritoneal dialysis การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการนำเลือดออกจากร่างกายของผู้ป่วยโดยให้มีการแลกเปลี่ยนน้ำและสารละลายผ่าน Semipermeable membrane สารต่างๆ ที่ค้างอยู่ในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารพิษ หรือของเสียในผู้ป่วยโรคไตวายจะลดลงภายหลังการฟอกเลือด

ข้อบ่งชี้ในการฟอกเลือด การพิจารณาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีข้อบ่งชี้และเกณฑ์ดังนี้

- 1) ภาวะคลื่นไส้อาเจียนอย่างต่อเนื่องจากภาวะยูรีเมีย (Uremia)
- 2) ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย (Uremic pericarditis)
- 3) ภาวะความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดจากภาวะยูรีเมีย
- 4) ภาวะเลือดหยุดยอกจากยูรีเมีย ทำให้การทำงานของเกล็ดเลือดบกพร่อง
- 5) ภาวะแทรกซ้อนของยูรีเมีย (Uremia) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะปอดบวม น้ำ ภาวะโพแทสเซียมสูงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis)

6) ระดับของครีเอตินิน (creatinine) ในเลือดสูงกว่า 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับยูเรีย (BUN) สูงกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

7) การพิจารณาถึงปัจจัยร่วม และสภาวะของผู้ป่วยที่อยู่ในความรุนแรงของโรค

2. การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) หมายถึง การล้างไตโดยอาศัยหลักการแพร่และออสโมซิส โดยการใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้อง ของเสียในเลือดจะซึมออกจากหลอดเลือดฝอย มาอยู่ในน้ำในช่องท้อง และเมื่อปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้อง ของเสีย น้ำ เกลือและกรดส่วนเกินจะออกตามมา การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) หรือ CAPD เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำหรือสารละลายภายในช่องท้องตลอด 24 ชั่วโมงต่อ 1 วันและ 7 วันต่อ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมงติดต่อกันทุกวัน โดยเปลี่ยนน้ำยาเข้าออกวันละ 3-4 ครั้ง

3. การปลูกถ่ายไต (Renal transplantation) เป็นการรักษาโดยการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาค (Donor) ไปยังผู้รับไต (Recipient) ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนไตถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการบำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผลในระยะยาว ซึ่งไตที่สามารถนำมาปลูกถ่ายได้ จะมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้บริจาคไตและผู้รับ การรักษาโดยการปลูกถ่ายไตถือได้ว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ



รูปที่ 1 ศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



รูปที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พยาบาลนับว่าเป็นบุคลากรทางทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ จึงต้องมีแนวทางการดูแลผู้รับบริการที่เป็นระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(5,6)

1. มีการติดป้ายประกาศเกี่ยวกับอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลัก DMHTT ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1.1 ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่าง (Distancing) กับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด

1.2 การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย (Mask wearing) เพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน

1.3 การหมั่นล้างมือบ่อยๆ (Hand washing) ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ 70% ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำ หรือหลังจากไอจาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอน หรือลูกบิดประตู ราวจับ หรือราวบันได เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

1.4 ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Testing) เสมอมาทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือด การเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่า มี ประวัติไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจโควิด

1.5 สแกนแอปไทยชนะ (Thai Cha Na Application) ทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ และโหลดแอปพลิเคชันหมอชนะพร้อม ลงทะเบียนหากทำได้ เพื่อให้ทราบความเสี่ยงติดโรคของตนเอง หากมี SMS แจ้งเตือนว่ามีประวัติไปพื้นที่เสี่ยงอาจจะได้กักตัว หรือตรวจโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว

2. มีการติดป้ายประกาศแนะนำเรื่องสุขอนามัย โดยเน้นเรื่องการล้างมือและมารยาทการไอหรือจาม ที่บริเวณทางเข้า และพื้นที่สำหรับรอ

3. คัดกรอง และแยกผู้ป่วยที่มีอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจตั้งแต่ระยะแรก โดยควรสอบถามประวัติทางโทรศัพท์ก่อนฟอกเลือด หรือก่อนเข้าพื้นที่หน่วยไตเทียม

3.1 มีประวัติไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก

3.2 มีประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อน ดังนี้

a) เดินทางไปยัง มาจาก หรืออยู่อาศัยในประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนย้อนหลังนับจากวันที่ออกจากพื้นที่นั้น

b) สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน COVID-19

c) ไปในสถานที่ชุมนุมชนหรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะที่มีรายงานผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ในช่วง 1 เดือนย้อนหลังนับจากวันที่ออกจากพื้นที่นั้น

d) ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรค

3.3 ผู้ป่วยที่มีประวัติเสี่ยงและ/หรือมีอาการให้ส่งไปยังสถานพยาบาลที่มีการคัดกรองการติดเชื้อไวรัส COVID19 เพื่อให้การดูแลรักษาต่อ

4. ให้ผู้ป่วยทุกรายสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่รับบริการในหน่วยไตเทียม

5. จัดการสอนการล้างมือที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ และจัดหาแอลกอฮอล์ หรือสบู่สำหรับให้ผู้ป่วยล้างมือก่อนเข้าเครื่องฟอกเลือด

6. จัดหากระดาษทิชชูและถังขยะที่เหมาะสมกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไอ จาม หรือส่น้ำมูก

7. กรณีมีการฟอกเลือดผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัส COVID-19 โดยยังไม่มีอาการ ให้จัดห้องแยก หรือพื้นที่ที่เหมาะสม (เช่น พื้นที่ที่ห่างหรือแยกจากผู้ป่วยรายอื่น โดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1.5-2 เมตร) รวมทั้งจัดการฟอกเลือดให้เป็นรอบสุดท้าย

8. พิจารณาลดรอบการฟอกเลือดของผู้ป่วยตามความสมัครใจ เพื่อลดความแออัดและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

9. พิจารณาลดความแออัดของผู้ป่วยระหว่างที่รอต่อการฟอกเลือด

10. ทำความสะอาดเครื่องและห้องฟอกเลือดทุกครั้งหลังเสร็จการฟอกเลือด รวมถึงทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนกลาง เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ลูกบิดประตูบ่อย ๆ

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง⁽¹³⁾ ดังนี้

ด้านบุคลากร

1. การป้องกันเต็มรูปแบบรวมถึงการใส่เสื้อผ้าที่ป้องกันน้ำได้ สวมหมวกคลุมผม แว่นตา ถุงมือ และผ้าปิดจมูกทางการแพทย์ (หน้ากาก N95) ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงต้องดำเนินการให้ครบถ้วน โดยเฉพาะการล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ 70 % ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำ หรือหลังจากไอจาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอน หรือลูกบิดประตู ราวจับ หรือราวบันได เป็นต้น

2. มีการฝึกอบรมให้ความรู้ทางคลินิกที่ทันสมัยของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการป้องกันการระบาดผู้บริหารควรมีแนวทางการปฏิบัติให้บุคลากรในองค์กรรู้วิธีการดูแลตนเอง รวมถึงแพทย์ พยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทาง การท่องเที่ยว การประกอบอาชีพ การสัมผัสกับกลุ่มที่มีประวัติเสี่ยง ควรมีการเก็บประวัติข้อมูลของแต่ละคนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอให้เป็นปัจจุบัน

4. ในการทำกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ควรหลีกเลี่ยงที่มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

5. ทีมที่ปฏิบัติงานร่วมกันต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกัน ใช้เวลาในการรับประทานอาหารให้น้อยที่สุด เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ

6. ผู้นำองค์กรต้องให้ข้อมูลกับบุคลากรที่ทำงานร่วมกันในกรณีที่มีอาการที่น่าสงสัย ในการดูแลและควบคุมตนเองรวมถึงดูแลคนในครอบครัว

ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1. ควรล้างมือบ่อยๆ ที่ไหลจากก๊อกด้วยสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพื่อฆ่าเชื้อโรค ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูก และปากด้วยมือที่ไม่ได้ล้าง ควรอยู่บ้านและรักษาระยะห่างจากผู้อื่น การไอหรือจามต้องปิดปาก และเมื่อสัมผัสกับพื้นผิวทั่วไป ควรขอข้อศอกในการสัมผัส ควรทำความสะอาดวัตถุและพื้นผิวที่สัมผัสบ่อยๆ

2. ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสพื้นผิวที่ใช้ในที่สาธารณะ ควรใช้ผ้าเช็ดมือหรือทิชชู เมื่อสัมผัสลูกบิดประตู สวิตช์ไฟ ฯลฯ หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและทักทายผู้ป่วยด้วยการจับมือ กอด หรือจูบ ควรถอดรองเท้าก่อนเข้าบ้าน

3. ผู้ป่วยทุกรายควรรับประทานยาในปริมาณที่กำหนด และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับคำแนะนำเป็นอย่างอื่นจากแพทย์ที่รักษา ซึ่งรวมถึงสารยับยั้ง ACE และยารักษาความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคโลหิตจาง และโปรตีนในปัสสาวะ ควรให้ยาทั้งหมดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Glucocorticoids หรือ Immunosuppressants การบำบัดด้วยการฉีดยา เช่น การบำบัดด้วยการฉีด Cyclophosphamide สามารถแทนที่ด้วย Cyclophosphamide ในการรับประทานทางปาก หรือยากดภูมิคุ้มกันอื่นๆ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ การฉีด Erythropoietin ให้ผิวหนัง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้กลับมาพบแพทย์

4. ควรหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วย CKD มีความเสี่ยงต่อ COVID-19 และโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีผู้ป่วยที่อาจติดเชื้อบางราย ทุกโรงพยาบาลต้องจัดหายาให้เพียงพอและจำเป็น ต้องสวมหน้ากากอนามัยระหว่างเจ็บป่วยตลอดเวลา และขอคำปรึกษากับแพทย์โดยใช้เครื่องมือให้คำปรึกษาออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ทางการแพทย์ อีเมล และโซเชียลมีเดีย (Facebook, WeChat เป็นต้น)

5. การรับประทานอาหาร: ควรให้ความใส่ใจเป็นพิเศษกับประเด็นด้านความปลอดภัยของอาหาร และสุขอนามัยของอาหาร การบริโภคอาหารควรมีความหลากหลาย อาหารประจำวันควรประกอบด้วย ซีเรียล ผักและผลไม้ ปลา ไข่ นม ถั่วเหลือง ฯลฯ ปริมาณโปรตีนควรได้รับตามที่ร่างกายต้องการ การบริโภคโปรตีนในแต่ละวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้ฟอกเลือดควรอยู่ช่วงตั้งแต่ 0.6 ถึง 0.8 กรัม/กก./วัน; ที่มีคุณภาพสูงการบริโภคโปรตีนประกอบด้วย ปลา กุ้ง ไม่ติดมัน เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ฯลฯ ควรคำนึงถึง 60-70% ของส่วนประกอบอาหารทั้งหมด การบริโภคเกลือ โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส และพิวรีน ควรจำกัดอย่างเคร่งครัด ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม กาแฟ และแอลกอฮอล์

6. การดูแลทางด้านจิตใจ: ในช่วงวิกฤตของการระบาดของ COVID-19 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะมีอาการด้านลบมากกว่า และอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ลงตัวและสภาพร่างกายที่รุนแรง ปัญหาทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ความหงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า ความผิดปกติของการนอนหลับ อาการย้ำคิดย้ำทำ อาการทางร่างกาย และโรคทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิกฤตการณ์นี้ ควรมีการกำหนดวิถีชีวิตปกติที่มีสุขภาพดีด้วยการทำงานที่เพียงพอ และการพักผ่อนอย่างสม่ำเสมอ ควรส่งเสริมการสื่อสารกับญาติและเพื่อนผ่านโซเชียลมีเดีย ควรหลีกเลี่ยงการรับข้อมูลที่

มากเกินไป และควรรักษาควบคุมอารมณ์ให้มีความสงบ ควรใช้การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาออนไลน์ หากมีความจำเป็น

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีดังนี้⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

1. พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการพบปะบุคคลอื่น เพื่อลดการติดเชื้อ ให้อดนอนหลับร่างกาย และการล้างมือ ลดการพบผู้อื่น ผู้ป่วยและผู้ติดตามต้องล้างมือให้สะอาดเจลก่อนทำการฟอกไต
2. พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงอาหารในช่วงฟอกไต แต่ให้น้ำกลูโคสเข้ารับประทานได้ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
3. พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยที่จะทำการฟอกไต ต้องได้รับการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถ้าผู้ป่วยมีไข้ มีปัญหาทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลก่อนที่จะเข้ารับการฟอกไต ต้องไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
4. พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการเดินทางทางสาธารณะ เช่น การเดินทางด้วยรถโดยสาร การใช้รถเข็นรับส่งผู้ป่วย การเข้าและออก ของผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงในเวลาเดียวกัน ข้อควรระวังในหน่วยฟอกไต: ผู้ป่วยไม่ควรอยู่ใกล้การรักษา และพื้นที่รอควรมีเครื่องปรับอากาศและการระบายอากาศที่ดี บุคลากรทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงควรมีอุปกรณ์ป้องกันให้ครบถ้วน ชุดแขนยาว ก้นน้ำกันเหงื่อ หมวกคลุมผม แว่นตากันลม ถุงมือ และหน้ากากทางการแพทย์ สุขอนามัยของมือควรเคร่งครัด เครื่องฟอกไต : อุปกรณ์ที่อาจสัมผัสกับผู้ป่วยหรือวัสดุที่อาจปนเปื้อนครวฆ่าเชื้อตามระเบียบการมาตรฐาน
5. พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยไม่ควรถอดหน้ากากอนามัย ให้สวมไว้ตลอดเวลาในการฟอกไต เพื่อลดการแพร่กระจายและละอองฝอยในห้องฟอกไต เครื่องปรับอากาศจะต้องมีการทำความสะอาด และมีการระบายอากาศที่ดี
6. พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่ใช้กับผู้ป่วย ต้องได้มาตรฐานผ่านการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องสงสัยหรือได้รับการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการเข้ารับการรักษานอผู้ป่วยแยกความดันลบของโรงพยาบาลที่กำหนด และมีแนวทางดังนี้⁽¹¹⁾
 - 7.1 สถานที่ฟอกไต : ผู้ป่วยควรต่อได้รับการฟอกไตที่ห้องไตเทียมเดิม และไม่เปลี่ยนไปฟอกไตที่อื่น
 - 7.2 การฟอกไตและบุคลากร : ห้ามเปลี่ยนกะฟอกไตและเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อนและการติดเชื้อเพิ่ม หลีกเลี่ยงการเกี่ยวข้องกับผู้อื่น
 - 7.3 ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดหลอดเลือดควรได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการผ่าตัด การผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันหรือสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรดำเนินการตามที่กำหนด และต้องเป็นห้องที่มีการป้องกันการติดเชื้อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
 - 7.4 หากได้รับการยืนยันหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในศูนย์ฟอกไต ต้องทำการฆ่าเชื้อทันที และไม่ให้ผู้บรรยายอื่นเข้ามาในหน่วยงาน จนกว่าจะทำการฆ่าเชื้อเสร็จเรียบร้อยแล้ว

บทสรุป

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้มีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ก่อให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นเพื่อลดความรุนแรงของโรค พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมถึงมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความรุนแรงของโรค และอัตราการเสียชีวิต สามารถควบคุมการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหน่วยงานได้ บรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 20]: เข้าถึงได้จาก: <https://www.moicovid.com/>
2. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak: An update on the status. Military Med Res [Internet]. 2020 [cited 2021 July 21];7(1):11, Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068984/>
3. แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue037/vocab-rama>
4. วีระยุทธ หุมอาจ. การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2564;3(1):149-63.
5. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธันวาคม 23]: เข้าถึงได้จาก: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/04/NST_COVID-19_09-04-21.pdf
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 12]: เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf>
7. Long JD, Strohbehn I, Bhatiacharyya R, Sise ME. Covid-19 Survival and its impact on chronic Kidney disease. American Psychological association 2021;4:70-82.
8. สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. ยอดสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. 2564.

9. ณัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564;4(1):33-48.
10. นกษา สิงห์วีระธรรม และคณะ. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;14(2):104-15.
11. วณิชา พึ่งชมภู. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
12. พิษญา ประจันพานิชย์. การศึกษาผลการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย และผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี 2563;28(2):212-9.
13. Li J, Li SX, Zhao LF, Kong DL, Guo ZY. Management recommendations for patients with chronic kidney disease during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic. Chronic Dis Transl Med 2020;6(2):119–23.
14. Naicker S, Yang CH, Hwang SJ, Liu BC, Chen JH, Jha V. The novel Coronavirus 2019 epidemic and kidneys. Kidney international 2020.;97: 824–8.
15. ชัชวาล วงศ์สารี. บทบาทพยาบาลไตเทียมกับการป้องกันและการจัดการภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารเกื้อการุณย์ 2558;22(2):30-40.
16. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรณษา วรมาลี, สุวัชลี ยาใจ. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19): กรณีศึกษา. วารสารแพทยธานี 2563;47(3):703-21.

ต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ธนพัฒน์ ราชวงศ์^a

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีงบประมาณ 2564 ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 ในมุมมองของผู้ให้บริการ ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐาน ต้นทุนในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง (Direct cost) ได้แก่ ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ซึ่งเป็นต้นทุนของหน่วยสนับสนุนอื่นๆ ใช้วิธีกระจายโดยการกระจายทางตรง (Direct apportionment)

ผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนรวมของการบริการสุขภาพช่องปาก ในปีงบประมาณ 2564 มีค่าเท่ากับ 4,681,173.64 บาท แบ่งเป็นต้นทุนค่าลงทุน 327,253.56 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ 2,042,556.61 บาท ต้นทุนค่าแรง 1,481,185.15 บาท และต้นทุนทางอ้อม 774,504.82 บาท สัดส่วนของต้นทุนค่าลงทุน : ต้นทุนวัสดุ : ต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนทางอ้อม เท่ากับ 8.18 : 43.63 : 31.64 : 16.55 ข้อมูลต้นทุนที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนด้านการบริหารทรัพยากร การจัดระบบคลังวัสดุทันตกรรม และการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด

คำสำคัญ : ต้นทุนต่อหน่วย; สุขภาพช่องปาก; บริการทันตกรรม

* ทันตแพทย์ ศูนย์สุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a ผู้เขียนหลัก : ธนพัฒน์ ราชวงศ์ Email : nrmmdent@gmail.com

รับบทความ: 31 ม.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 14 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 15 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 14 มี.ค. 65

Unit Cost Analysis of Oral Health Services, Suranaree University of Technology Hospital

Tanapat Ratchawong^{*a}

Abstract

The retrospective cross-sectional study aimed to analyze full cost and unit cost of oral health service of Suranaree University of Technology Hospital in fiscal year 2021 during October 1, 2020 and September 30, 2021 from the provider's perspective using traditional method costing analysis. The total cost of this study composing direct cost (capital cost, labor cost, material cost) and indirect cost was another supporting unit, cost allocation with direct apportionment.

The result showed that the full cost of the oral health services in fiscal year 2020 was 4,681,173.64 Baht. The Capital cost was 327,253.56 Baht. The material cost was 2,042,556.61 Baht. The labor cost was 1,481,185.15 Baht. The indirect cost was 774,504.82 Baht. The ratio of capital cost : material cost : labor cost : indirect cost was 8.18 : 43.63 : 31.64 : 16.55. It is recommended from this study to improving oral health resources and inventory system management and maintaining the system to maximize the benefits and good value for money.

Keywords : Unit cost; Oral health services; Dental services

^{*} Dentist, Oral Health Center, Suranaree University of Technology Hospital

^a Corresponding author : Tanapat Ratchawong Email : nmmdent@gmail.com

Received: Jan. 31, 22; Revised: Feb. 14, 22; Accepted: Feb. 15, 22; Published Online: Mar. 14, 22

บทนำ

การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดบริการ ในด้านการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการใช้ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) ซึ่งเป็นมูลค่าต้นทุนที่มีการใช้งบประมาณในการจัดบริการทั้งหมด⁽¹⁾ และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)⁽²⁾ ซึ่งเป็นการประเมินต้นทุนที่ใช้ต่อผู้รับบริการ 1 คน องค์ประกอบของต้นทุน ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม ซึ่งต้นทุนทางตรง โดยการศึกษาต้นทุนบริการทั่วไป ประกอบด้วย ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ เป็นต้นทุนที่ทำให้เกิดการบริการได้โดยตรง⁽³⁾ ส่วนต้นทุนทางอ้อม ซึ่งเป็นต้นทุนที่ไม่สามารถจัดสรรลงในบริการได้โดยตรง หรือเป็นต้นทุนที่จัดสรรทรัพยากรร่วมกันกับหน่วยบริการอื่น จึงต้องมีกระบวนการในการจัดสรรต้นทุนกระจายลงในหน่วยบริการ และเนื่องจากหน่วยงานอื่นที่สนับสนุนการจัดบริการทันตกรรม⁽⁴⁾ ยังไม่ได้มีการวิเคราะห์ต้นทุน จึงขาดข้อมูลต้นทุนทางตรงของหน่วยงานเหล่านี้ จึงจัดให้เป็นต้นทุนทางอ้อมของบริการทันตกรรมตัวอย่างต้นทุนทางอ้อม เช่น งานเวชระเบียน งานบริหาร งานธุรการ เป็นต้น

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลวิสาหกิจ ในสังกัดมหาวิทยาลัย มีพันธกิจหลักในด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รักษาโรคทางช่องปาก แก่ประชาชนทั่วไปครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา รวมไปถึงบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และสนับสนุนการเรียนการสอนชั้นคลินิกของนักศึกษาทันตแพทย์ ขอบเขตของการให้บริการ ประกอบด้วย งานทันตกรรมหัตถการ ทันตกรรมปริทันต์ ศัลยกรรมช่องปาก ทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตกรรมรักษารากฟัน และงานทันตรังสีวินิจฉัย

ที่ผ่านมา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ยังไม่มีการศึกษาต้นทุนของบริการทันตกรรมในแต่ละประเภทของการบริการ ข้อมูลทางการเงินจึงแสดงเพียงรายได้ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละรอบของบัญชีเท่านั้น ทำให้ยังไม่สามารถทราบถึงต้นทุนที่แท้จริง ดังนั้นผลของการศึกษาต้นทุนงานบริการทันตกรรม จะประโยชน์ในการบริหารทรัพยากรให้เหมาะสมกับปริมาณงาน และเป็นข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจในการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด⁽⁴⁻⁶⁾ เพื่อพัฒนาระบบบริการทันตกรรมในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

ศึกษาต้นทุนทั้งหมด (Full cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ของงานบริการสุขภาพช่องปาก ศูนย์สุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ขอบเขตการวิจัย

พิจารณาเฉพาะต้นทุนที่เกิดจากการบริการทันตกรรม โดยทันตแพทย์ ของศูนย์สุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive research) โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider's prospective) โดยจำแนกวิธีการจัดกลุ่มต้นทุน เป็นต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม ซึ่งต้นทุนทางตรง (Direct cost) ได้แก่ ต้นทุนค่าลงทุน ค่าแรง และค่าวัสดุที่เกิดขึ้นจากการทำงาน และต้นทุนทางอ้อม

(Indirect cost) จะเป็นต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ที่ส่งผ่านมาจากหน่วยงานอื่นไปสู่หน่วยบริการ⁽⁴⁾ รายละเอียดของต้นทุนในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. **ต้นทุนค่าแรง (Labor cost)** พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของค่าแรงของบุคลากร ที่ได้รับในรายเดือน นำมาหารเฉลี่ยค่าแรงในรายนาที่ เพื่อกระจายลงตามกิจกรรมที่กำหนดแต่ละประเภท

2. **ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost)** พิจารณาจากวัสดุการรักษา และเครื่องมือสำหรับงานทันตกรรม แบ่งเป็นสัดส่วนของปริมาณที่ใช้ต่อการบริการใน 1 ครั้ง คิดต้นทุนจากราคาที่ซื้อ โดยกำหนดอายุการใช้งาน 10 ปี และมีโอกาสถูกใช้งานวันละ 2 ครั้ง ตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อทางการแพทย์

3. **ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost)** พิจารณาจากการลงทุนอาคาร ครุภัณฑ์ทันตกรรม คำนวณตามสัดส่วนของพื้นที่ในการใช้งาน โดยกำหนดอายุการใช้งานของอาคารถาวร 25 ปี โดยทั่วไปคำนวณค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Simple straight line depreciation) และกระจายค่าเสื่อมราคาตามที่คำนวณได้ โดยใช้สัดส่วนพื้นที่ใช้สอยเป็นเกณฑ์ในการกระจายต้นทุน สำหรับยูนิตทันตกรรม และอุปกรณ์สำหรับการทำความสะอาดเครื่องมือปลอดเชื้อ กำหนดอายุการใช้งานที่ 10 ปี ครุภัณฑ์งานบริการ เช่น เครื่องฉายแสง อุปกรณ์เอกซเรย์ เครื่องมือสำหรับขยายคลองรากฟัน กำหนดไว้ที่ 7 ปี

4. **ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost)** หมายถึง ต้นทุนการดำเนินการของหน่วยต้นทุนต่างๆ ที่สนับสนุนบริการ หรือเป็นต้นทุนที่จัดสรรทรัพยากรร่วมกัน (Shared cost) จึงต้องมีวิธีการปันส่วนต้นทุน (Cost allocation) ประกอบด้วย งานทำความสะอาดและห่อเครื่องมือปลอดเชื้อ งานรับผู้ป่วย งานคัดกรองสุขภาพก่อนรับบริการ งานการเงิน และงานเภสัชกรรม และค่าสาธารณูปโภค โดยเลือกวิธีการกระจายต้นทุนตามสัดส่วนของงานโดยวิธี Direct apportionment

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่การเงิน) แบบบันทึกการใช้วัสดุทันตกรรม (ราคาที่จัดซื้อ÷จำนวนครั้งของการใช้งาน = ราคาต่อหน่วย) และแบบบันทึกค่าบริการปฏิบัติการทันตกรรมประดิษฐ์ ใช้รูปแบบของรายการบันทึกข้อมูล และวิธีการคำนวณต้นทุนรวมรายชนิดบริการของเพ็ญแข ลาภยิ่ง⁽¹⁾ และ สุจรรยา กนกแก้ว⁽⁶⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบการวิจัย และด้านการบริหารระบบบริการทันตกรรม ซึ่งจะต้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ในแต่ละข้อคำถามที่มากกว่า 0.67 ขึ้นไป ถือว่าข้อคำถามในการเก็บข้อมูลมีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2564 รหัสโครงการ EC-64-26

การรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ประกอบด้วย รายการบัญชีรายจ่าย ประจำปี ข้อมูลการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ฐานข้อมูลค่าตอบแทนบุคลากร และจำนวนผู้รับบริการด้านต่างๆ จากโปรแกรม HosXP วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ สัดส่วน และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาของต้นทุนรวม (Total cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) การบริการสุขภาพช่องปาก ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รายปีผลการ ประกอบด้วย

หมวดการรักษาทันตกรรมหัตถการ การอุดฟันด้วยวัสดุอมัลกัม จำนวน 1 ด้าน มีต้นทุนเท่ากับ 348.06 บาท การอุดฟันด้วยวัสดุอมัลกัมจำนวน 2 ด้าน มีต้นทุนเท่ากับ 438.72 บาท การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน จำนวน 1 ด้าน มีต้นทุนเท่ากับ 363.39 บาท การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน จำนวน 2 ด้าน มีต้นทุนเท่ากับ 408.79 บาท การอุดฟันด้วย Glass-lomer จำนวน 1 ด้าน มีต้นทุนเท่ากับ 418.57 บาท การอุดฟันด้วย Glass-lomer จำนวน 2 ด้าน มีต้นทุนเท่ากับ 468.78 บาท

หมวดการรักษาโรคปริทันต์ การขูดหินปูนทั้งปาก มีต้นทุนเท่ากับ 299.28 บาทต่อครั้ง การเกลารากฟัน มีต้นทุนเท่ากับ 382.56 บาทต่อครั้ง

หมวดศัลยกรรมช่องปาก การถอนฟัน มีต้นทุนเท่ากับ 273.5 บาทต่อซี่ การถอนฟันแบบซับซ้อน มีต้นทุนเท่ากับ 830.8 บาทต่อซี่ การผ่าฟันคุดแบบ Soft tissue impacted tooth มีต้นทุนเท่ากับ 832.26 บาทต่อซี่ การผ่าฟันคุดแบบ Partial bony impacted tooth มีต้นทุนเท่ากับ 1,036.39 บาทต่อซี่ การแต่งสันกระดูกก่อนใส่ฟันเทียม มีต้นทุนเท่ากับ 808.17 บาทต่อซี่

หมวดทันตกรรมประดิษฐ์ ต้นทุนที่คำนวณได้ เป็นต้นทุนตั้งแต่เริ่มทำครั้งแรก จนถึงได้รับชิ้นงานเป็นต้นทุนต่อฟันเทียม 1 ซี่ ซึ่งมีรายละเอียดของหัตถการ ดังนี้ การใส่ฟันเทียมทั้งปาก มีต้นทุน 3,847.28 บาท ฟันเทียมบางส่วนแบบถอดได้ จำนวน 1-5 ซี่ มีต้นทุน 2,113.92 บาท ฟันเทียมบางส่วนแบบถอดได้ ตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไป มีต้นทุน 2,583.34 บาท ฟันเทียมถอดได้โครงโลหะ จำนวน 1-5 ซี่ มีต้นทุน 3,697.64 บาท ฟันเทียมถอดได้โครงโลหะ ตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไป มีต้นทุน 4,113.56 บาท เคียวฟันแบบสำเร็จรูป มีต้นทุน 843.75 บาทต่อซี่ เคียวฟันชนิดโลหะเหวี่ยง มีต้นทุน 1,463 บาทต่อซี่ ครอบฟันชนิดโลหะ มีต้นทุน 2,015.09 บาทต่อซี่ ครอบฟันชนิดพอร์สเลนผสมโลหะ มีต้นทุน 2,468.48 บาทต่อซี่ ครอบฟันชนิดเซรามิก มีต้นทุน 3,945.7บาทต่อซี่ สะพานฟัน 3 ยูนิต มีต้นทุน 4,685.72 บาทต่อซี่

หมวดทันตกรรมรักษารากฟัน กระบวนการของการรักษาคคลองรากฟัน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ในครั้งแรกจะรักษาคคลองรากฟันฉุกเฉิน โดยการกำจัดประสาทรากฟันที่ติดเชื้อ ใส่ยาฆ่าเชื้อที่สามารถลดจำนวนเชื้อโรคในคลองรากฟันจนรอยโรคปลายรากหายจนใกล้เคียงสภาวะปกติ แล้วอีกส่วน คือ การอุดคลองรากฟัน มีรายละเอียดของต้นทุน ดังนี้ การรักษาคลองรากฟันฉุกเฉิน มีต้นทุน 596.58 บาทต่อซี่ การอุดคลองรากฟัน (ฟันหน้า) มีต้นทุน 1,562.78 บาทต่อซี่ การอุดคลองรากฟัน (ฟันกรามน้อย) มีต้นทุน 1,857.74 บาทต่อซี่ การอุดคลองรากฟัน (ฟันกราม) มีต้นทุน 2,136.35 บาทต่อซี่

หมวดทันตรังสีวินิจฉัย การถ่ายภาพรังสีรอกปลายราก มีต้นทุน 104.62 บาทต่อครั้ง การถ่ายภาพรังสีทั้งปากแบบ Panoramic มีต้นทุน 259.19 บาทต่อครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ต้นทุนรวม และต้นทุนต่อหน่วย ของงานบริการสุขภาพช่องปาก

service	Item	amount	Time (min)	Direct cost			Indirect Cost	Full cost	Unit cost
				CC	MC	LC			
Operative dentistry	Amalgam filling 1 surface	56	11:42	1,460.48	8,403.92	5,896.80	3,730.16	19,491.36	348.06
	Amalgam filling 2 surface	130	17:55	3,630.90	22,664.20	20,962.50	9,776	57,033.60	438.72
	Composite filling 1 surface	314	15:35	8,559.64	38,800.98	4,4038.50	22,705.34	11,4104.50	363.39
	Composite filling 2 surface	1050	18:56	29,641.50	140332.50	178,920	80,335.50	42,9229.50	408.79
	Glass-ionomer Filling 1 surface	996	14:00	26,752.56	194389.32	125,496	70,257.84	41,6895.70	418.57
	Glass-ionomer Filling 2 surface	832	18:00	23,345.92	168846.08	134,784	63,048.96	390,025	468.78
Perio	Full mouth scaling	1340	15:56	36,622.20	76,098.60	192,156	9,6158.40	401,035.20	299.28
	Root planning	376	25:35	11,377.76	22,078.72	84,600	25,786.08	143,842.60	382.56
Oral Surgery	Simple tooth extraction	1352	12:47	35,692.80	86,703.76	155,547.60	91,827.84	36,9772	273.50
	Complex tooth extraction	94	40:30	5,396.54	13,595.22	34,263	21,727.16	78,095.2	830.80
	Soft tissue impacted tooth	88	26:38	4,684.24	12,217.92	21,093.60	32,328.56	73,238.88	832.26
	Partial bony impacted tooth	242	44:57	14,202.98	36,077.36	97,901.10	94,609.90	25,0806.40	1,036.39
	Alveoplasty	40	45:40	2,360.80	5,553.60	16,440	6,727.60	32,326.8	808.17
Prosthodontic	Completed denture	16	70:50	4,755.84	40,641.60	10,200	3,839.36	61,556.48	3,847.28
	TP 1-5 tooth	106	41:14	21,004.96	114,289.20	67,956.60	1,7314.04	22,4075.50	2,113.92
	TP > 6 tooth	90	41:14	22,293	128,412	57,699	18,135	232,500.60	2,583.34
	RPD 1-5 tooth	56	36:12	11,096.96	165,239.20	18,244.80	8,777.44	207,067.80	3,697.64
	RPD > 6 tooth	52	36:12	12,880.40	168,781.60	16,941.60	10,134.80	213,905.10	4,113.56
	Prefabricated fiber post	90	23:00	2,660.40	47,237.40	18,630	7,409.70	75,937.50	843.75
	Cast post	56	40:30	3,178	49,534.80	20,412	6,948.48	81,928	1463
	full metal crown	104	26:24	15,456.48	154,970.40	24,710.40	10,987.60	209,569.40	2,015.09
	porcelain fused-metal crown	94	34:02	13,970.28	175,272.40	28,792.20	10,888.96	232,037.10	2,468.48
	All ceramic crown	10	26:40	1,486.20	34,181	2,400	1,058.60	39,457	3,945.70
	Prosthetic bridge 3 unit	12	65:05	2,377.92	43,920	7,029	2,106.84	56,228.64	4,685.72
Endodontics	Pulp removal	156	19:58	4,452.24	31,586.88	28,033.2	23,384.40	93,066.48	596.58
	Canal obturation (Anterior)	18	66:23	1,173.42	10,193.04	10,754.10	54,13.32	28,130.04	1,562.78
	Canal obturation (Premolar)	30	85:53	2,809.20	17,978.40	23,188.50	9,768.90	55,732.20	1,857.74
	Canal obturation (Molar)	33	109:05	3,323.10	20,179.83	32,397.75	12,412.95	70,499.55	2,136.35
Radio	Periapical film	109	7:35	424.01	5,378.06	991.90	4,609.61	11,403.58	104.62
	Panoramic film	47	12:30	182.83	8,998.62	705	2,295.48	12,181.93	259.19

ข้อมูลด้านต้นทุนรวมของการบริการสุขภาพช่องปากในปีงบประมาณ 2564 มีค่าเท่ากับ 4,681,173.64 บาท แบ่งเป็นต้นทุนค่าลงทุน 327,253.56 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ 2,042,556.61 บาท ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 1,481,185.15 บาท และต้นทุนทางอ้อม 774,504.82 บาท สัดส่วนของต้นทุนลงทุน : ต้นทุนวัสดุ : ต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนทางอ้อม เท่ากับ 8.18 : 43.63 : 31.64 : 16.55 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ต้นทุนรวม และสัดส่วนของต้นทุนแต่ละประเภท

Type of cost	Cost (Bath)	Proportion
Capital	327,253.56	8.18
Material	2,042,556.61	43.63
Labor	1,481,185.15	31.64
Indirect cost	774,504.82	16.55
Total cost	4,681,173.64	100

อภิปรายผล

การศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ใช้การวิเคราะห์ต้นทุนโดยวิธีแบบดั้งเดิม (Traditional method) องค์กรประกอบของต้นทุน ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม ซึ่งต้นทุนทางอ้อมจากหน่วยสนับสนุนอื่นๆ และรวบรวมในส่วนของ ค่าสาธารณูปโภคด้วย สอดคล้องหลายการศึกษา^(1,2,6,8,9) ทำให้มีความครบถ้วนของข้อมูลต้นทุน ในมุมมองของผู้ให้บริการ⁽⁴⁾

จากผลการศึกษา พบว่า ปีงบประมาณ 2564 ใช้งบประมาณในการลงทุนไปทั้งสิ้น 4,681,173.64 บาท สัดส่วนของต้นทุน พบว่าใช้ต้นทุนวัสดุ ในสัดส่วนที่สูงสุด (ร้อยละ 43.63) รองลงมาเป็นต้นทุนค่าแรง (ร้อยละ 31.64) มีความแตกต่างจากหลายการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข^(2,5-10) และโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย^(5,12) ที่มีสัดส่วนของต้นทุนค่าแรงอยู่ในสัดส่วนที่สูงที่สุด สาเหตุที่การศึกษานี้ มีต้นทุนค่าวัสดุสูง เนื่องจากการรวมมูลค่าของค่าบริการงานทันตกรรมประดิษฐ์จากห้องปฏิบัติการเอกชน ภายนอก เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมาที่ได้มีการศึกษาต้นทุน พบว่ามีต้นทุนค่าแรงที่สูง เพราะทันตแพทย์มีเงินเดือน เงินประจำตำแหน่งที่สูงจากการทำงานสะสมหลายปี และการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม มีคณะกรรมการจัดซื้อระดับจังหวัด ที่สามารถควบคุมราคาให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ทำให้จัดซื้อได้เพียงพอกับการบริการ⁽⁹⁾ และที่ผ่านมาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ขยายการจัดระบบบริการให้ครอบคลุมมากขึ้น มีการลงทุนจัดซื้อเครื่องมือสนับสนุนสำหรับงานบริการเฉพาะทาง (ทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตกรรมรักษารากฟัน) ซึ่งมีมูลค่าสูง ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ และเมื่อพิจารณาข้อมูลต้นทุนหัตถการอื่นๆ พบว่าในงานบริการทั่วไป (ชุดหินปูน อุดฟัน และถอนฟัน) ซึ่งเป็นงานที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือเฉพาะ หรือวัสดุทันตกรรมที่มีมูลค่าสูง ใช้เวลาในการบริการเพียงครั้งเดียว จะมีสัดส่วนของต้นทุนค่าแรงที่สูงกว่าต้นทุนค่าวัสดุ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับงานทันตกรรมประดิษฐ์ ที่ใช้เวลาแบ่งเป็นหลายครั้ง จึงมีจำนวนเวลาที่สะสมสูง ส่วนงานทันตกรรมประดิษฐ์ ที่ให้บริการโดย

ผู้ช่วยทันตกรรม ไม่ได้รวมเอาต้นทุนค่าแรงของทันตแพทย์ร่วมด้วย จึงมีสัดส่วนของต้นทุนค่าวัสดุที่แตกต่างอย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนสูงที่สุดอยู่ในหมวดทันตกรรมประดิษฐ์เนื่องจากมีค่าบริการจากห้องปฏิบัติการทันตกรรมประดิษฐ์รวมอยู่ด้วย สอดคล้องกับหลายการศึกษา^(2,6,10) รองลงมาเป็นงานทันตรังสีวินิจฉัย ซึ่งมีการลงทุนจัดซื้อเครื่องมือเอกซเรย์แบบดิจิทัล ซึ่งมีราคาที่สูง จึงต้องบำรุงรักษาและประเมินความคุ้มค่าในระยะยาวต่อไป⁽¹³⁾

เมื่อพิจารณาตามบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลวิสาหกิจในสังกัดระบบมหาวิทยาลัย (เทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) และมีความต้องการของผู้รับบริการในสาขาทันตกรรมเฉพาะทาง เช่น ทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตกรรมรักษารากฟัน งานศัลยกรรมช่องปากในปริมาณที่สูง เนื่องจากมีความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ และบุคลากร สามารถตั้งราคาของงานบริการให้ครอบคลุมกับต้นทุนได้ แม้ว่างานบริการดังกล่าว ผู้รับบริการจะต้องชำระเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์ (Co-pay) นอกจากนี้การดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ โดยลดต้นทุนต่อหน่วยจึงเป็นการบริหารทรัพยากร⁽⁹⁾ (ระบบการเบิกจ่ายคลังวัสดุทันตกรรม) และการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด รวมไปถึงการพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญของบุคลากร โดยที่ยังคงคุณภาพและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ : จากผลการศึกษาที่พบว่าต้นทุนด้านวัสดุ มีสัดส่วนที่สูงที่สุด จึงต้องนำข้อมูลมาเพื่อพิจารณาประกอบในการจัดซื้อ รวมไปถึงระบบคลังวัสดุทันตกรรมให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด

การทบทวนครั้งต่อไป : ควรทำการศึกษาข้อมูลต้นทุนบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นแนวโน้มของความเปลี่ยนแปลงของต้นทุนภายในหน่วยงาน และศึกษาต้นทุนของกิจกรรมบริการทันตกรรมอื่นๆ ที่มีรายละเอียดของกระบวนการค่อนข้างมาก เช่น งานทันตกรรมหัตถการ งานทันตกรรมรักษารากฟัน การบริการทำความสะอาดและห่อเครื่องมือปลอดเชื้อ รวมทั้งความคุ้มค่าหากมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. Laying P. The 2014 dental fee schedule for the Civil Servant Medical Benefit Scheme. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2015. 39:48-67. (in Thai)
2. Wannaponglang A. Itemized Dental Service Cost of Thatum Hospital in 2014. Journal of Health System Research.2016;10(1):23-34. (in Thai)
3. Saybuathong T. Unit cost analysis of Puainoi Hospital Kon-kaen Province. Journal of the Office of DPC 7 Khon-Kaen.2011; 18(1):17-25. (in Thai)
4. Riewpaiboon A. Standard Cost Lists for Health Technology Assessment. Bangkok: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2011.

5. Lorlekpech B. Unit cost system development for an university's special dental clinic [master's thesis]. Bangkok : Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)
6. Kanokkaew S. Itemized dental service of bankuat hospital in fiscal year 2018. Thailand Journal of Dental Public Health.2018;23(2):17-27. (in Thai)
7. Chalernsrisuk P. activity-based costing of root canal treatment in special dental clinic faculty of dentistry [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University ; 2007. (in Thai)
8. Keyong E. Unit Cost of Public Oral Health Services in Pak Khat District, Bueng Kan Province. [master's thesis]. Sukhothaimathirath university,2013. (in Thai)
9. Tubthong C. Unit cost of oral health services at the Nongbunmark hospital Nakhonratchasima province in fiscal year 2006. Thailand Journal of Dental Public Health . 2007;12(3):18-28. (in Thai)
10. Boonlumsun R. The Comparison of Itemized Dental Service Cost of Bang Bo Hospital and Dental Service Fee List of Public Health Service Units, Ministry of Public Health 2004 and Dental Service Fee of The Comptroller General's Department. Journal of the Department of Medical Services.2017; 42(1): 95- 103. (in Thai)
11. Tarasombat W. Unit cost and cost recovery ratio of dental service at Bangkrui hospital in fiscal year 2013. Thailand Journal of Dental Public Health. 2015; 20(1): 9-19. (in Thai)
12. Chantravekin Y, Boonsong S, Monaraks R, Muangsisied S, Phakthawat S. Proportion of unit cost and reimbursement at Thammasat university dental student clinic. SWU dent Journal.2015; 8(1): 49-62. (in Thai)
13. Kessuwanrak R. Activity-based Costing of Dental Cone Beam Computed Tomography Service in Institute of Dentistry, Department of Medical Services in Fiscal Year 2020. Journal of the Department of Medical Services.2021;46(2):139-44. (in Thai)

ประสิทธิภาพระหว่างการพอกเข้าด้วยสมุนไพร และการพอกเย็น ต่ออาการปวดเข่าและการทรงตัว ในผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อม ในชุมชนวัดหูช้าง

ทัศพร พันธงอก, พ.บ.* , ธาตรี โบลิตธิพิเชษฐ์, พ.บ.** ,
ภาคภูมิ รัชมิหิรัญ, พ.บ.*** , ธนกมล ลีศรี, Ph.D.****a

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีการพอกเข้าด้วยสมุนไพรกันแพร่หลาย แต่ข้อมูลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกเข้าด้วยวิธีพอกเย็นมีอยู่จำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดเข่าและการทรงตัวในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โดยประเมินก่อนและหลังการพอกสมุนไพร เปรียบเทียบกับการพอกเย็นในชุมชนวัดหูช้าง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี ทำวิจัยช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564 การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฉบับภาษาไทย และทดสอบช่วงเวลา

ในการลุกเดิน โดยวัดผลก่อนและหลังทดลองในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอายุ 45-80 ปี โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน รวม 24 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต Chi-square และ t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า การพอกเข้าทั้ง 2 วิธี ช่วยลดอาการปวดเข่า อาการผิดของข้อเข่า ช่วยเพิ่มความสามารถใช้งานข้อเข่า และช่วยลดระยะเวลาในการลุกเดินได้ทั้งคู่ โดยประสิทธิภาพของทั้ง 2 วิธี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.05$

การพอกเข้าด้วยสมุนไพรและการพอกเย็นมีประสิทธิผลไม่แตกต่างกัน จึงควรแนะนำในเบื้องต้นให้ใช้วิธีการพอกเย็นก่อนเนื่องจากการพอกที่หาวัสดุได้ง่าย ร่วมกับออกกำลังการบริหารข้อเข่าเพื่อลดอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม

คำสำคัญ : ข้อเข่าเสื่อม; อาการปวดเข่า; การทรงตัว; การพอกเข้าด้วยสมุนไพร; การพอกเย็น

* นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลบางกรวย

** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

*** นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบางกรวย

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a ผู้เขียนหลัก : ธนกมล ลีศรี Email : thanakamon@sut.ac.th

รับบทความ: 1 ก.พ. 64; รับบทความแก้ไข: 16 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 16 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 16 มี.ค. 65

Effects on Knee Pain and Balance Between Herbal Poultice and Cold Poultice in Patients with Knee Osteoarthritis in Wat Hu Chang Community

Tassaporn Punngok, MD^{*}, Tatree Bosittipichet, MD^{**},
Pakpoom Rasmeehirun, MD^{***}, Thanakamon Leesri, Ph.D.^{****a}

Abstract

Herbal poultice has been widely used with knee osteoarthritis. However, information on effectiveness of cold poultice is very limited. Objectives of this quasi-experimental study were to compare knee pain and balance between patients with osteoarthritis who used herbal poultice and cold poultice. The samples were 24 Thai osteoarthritis patients aged 45-80 years who resided in Wat Hu Chang community, Nonthaburi province. The samples were divided into 2 equal groups, one receiving the herbal poultice while another receiving cold poultice. Patients' walk time using Timed Up and Go Test and symptoms of osteoarthritis using Western Ontario and McMaster University: WOMAC-Thai version were used as instruments. Results between two groups before and after the trial (pre-test and post-test comparison) were compared and analyzed using statistical software with statistics including means, Chi-square and t-test. The statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results showed that all measures (pain, joint stiffness, and ability to use the knee joint) tended to improve in both groups, providing no statistically significant difference at 0.05.

It can be concluded that herbal poultice and cold poultice have no different effectiveness. Therefore, it is recommended to provide patients with osteoarthritis with the cold poultice because the material is readily available and can be found in households. The cold poultice and knee exercises can be effective in reducing osteoarthritis symptoms.

Keywords: Knee osteoarthritis; Knee pain; Balance; Herbal poultice; Cold poultice

^{*} Medical Physician, Practitioner Level, Bangkruai Hospital

^{**} Medical Physician, Senior Professional Level, Department of Social Medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

^{***} Medical Physician, Professional Level, Bangkruai Hospital

^{****} Assistant Professor, School of Community Health Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

^a Corresponding author : Thanakamon Leesri Email: thanakamon@sut.ac.th

Received: Feb. 1, 22; Revised: Feb. 16, 22; Accepted: Feb. 16, 22; Published Online: Mar. 16, 22

บทนำ

ในปัจจุบันโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบมากขึ้นสัมพันธ์กับการที่ประเทศไทยเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัย” (Aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ และเมื่อวิเคราะห์สัดส่วนประชากรจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จังหวัดนนทบุรี มีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในปี พ.ศ. 2562 ถึงร้อยละ 18.29⁽²⁾ จากการศึกษาความชุกโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 60 ปี ขึ้นไป พบว่าได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 22⁽³⁾ ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลทำให้เคลื่อนไหวได้ลำบากมากขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นยังต้องรับประทานยาแก้ปวดปริมาณมากเพื่อบรรเทาอาการ โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ซึ่งส่งผลทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลง่าย เกิดภาวะไตวาย เป็นต้น⁽⁴⁾

จากสถิติผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดหูช้าง มีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมเป็นจำนวนมากเนื่องจากมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 7.8 ของประชากรในพื้นที่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนยังไม่ทราบวิธีการดูแลตนเอง การชะลอการดำเนินของโรค และการออกกำลังเพื่อบริหารกล้ามเนื้อรอบๆ เข่า

ในปัจจุบันมีงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรพอกเข่าจำนวนมาก⁽⁵⁻¹⁰⁾ โดยผลการศึกษาเป็นไปในทางเดียวกันคือสามารถลดอาการปวดได้ ซึ่งงานวิจัยส่วนมากเป็นการศึกษาแบบไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีกลุ่มควบคุม จากการศึกษาพบงานวิจัยเพียง 1 ชิ้น ที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้การประคบสมุนไพรเปรียบเทียบกับประคบร้อน และการออกกำลังข้อเข่า⁽⁵⁻⁸⁾ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าทุกวิธีสามารถลดอาการปวดข้อเข่าได้ไม่แตกต่างกัน การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการศึกษาผลของสมุนไพรโดยตรงที่มีต่ออาการปวดเข่าและการทรงตัว จึงได้จัดทำวิจัยสมุนไพรพอกเข่าสูตรเย็นเปรียบเทียบกับพอกเย็นโดยไม่ใช้สมุนไพรขึ้นเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพผลต่างในการลดปวด การเพิ่มการทรงตัวของผู้ป่วยที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากนี้ได้จัดให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม และการออกกำลังบริหารข้อเข่า โดยทำในผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่การดูแลของรพ.สต.วัดหูช้าง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการพอกสมุนไพรสูตรเย็นเปรียบเทียบกับพอกเย็น
2. เพื่อเปรียบเทียบการทรงตัวในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการพอกสมุนไพรสูตรเย็นเปรียบเทียบกับพอกเย็น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม ชนิดวัดก่อนและหลัง (Two group pre- and post-test design) โดยใช้ประชากรที่มีช่วงอายุ 45-80 ปี ที่มีอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมที่อยู่ในพื้นที่ดูแลของ รพ.สต.วัดหู่ช้าง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยอ้างอิงค่าเฉลี่ยของอาการปวดเข่า และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยเรื่องการประคบสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกระดูกข้อเข่าเสื่อม อักเสบ⁽⁵⁾ ใช้ค่าเฉลี่ยความปวดหลังการประคบสมุนไพร 4.09 ค่าเฉลี่ยความปวดหลังการประคบร้อน 3.74 ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการประคบสมุนไพร 0.25 และ ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการประคบร้อน 0.26 กำหนดการทดสอบเป็น Two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (Significance level) ที่ 5% และ power 80% คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 20 คน แต่เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนจึงเพิ่มการเก็บตัวอย่างกลุ่มละ 10% ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 24 คน จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) จัดเรียงลำดับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 24 ราย โดยเรียงจากอาการปวดเข่า ก่อนเริ่มการวิจัยจากมากไปน้อยจากการประเมิน Oxford Knee Score และสลับผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากลุ่ม ปกอกเข่าสมุนไพร (A) และกลุ่มปกอกเย็น (B) ตามลำดับจนครบจำนวน 24 คน ซึ่งจะได้กลุ่มที่ปกอกสมุนไพร สูตรเย็นจำนวน 12 ราย และกลุ่มปกอกเย็นจำนวน 12 ราย โดยไม่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มใด โดยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการสอนการออกกำลังกายข้อเข่าเหมือนกัน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ช่วงอายุ 45-80 ปี ยังสามารถเดินได้ ข้อเข่าผิดตึง หลังตื่นนอนตอนเช้า นานน้อยกว่า 30 นาที เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน เสียงัดกรอกรอบในข้อเข่า ขณะเคลื่อนไหว สมควรใจที่จะเข้าร่วมงานวิจัยครบทุกครั้ง 3 ครั้ง วันเว้นวัน ไม่ใช้ยาระงับปวดทุกประเภท ในระหว่างการปกอกเข่า และช่วงเวลาก่อนวิจัย 8 ชม.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม สำหรับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจะมีการกรอกข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา BMI จำนวนข้อเข่าที่ปวด อุบัติเหตุที่ข้อเข่า ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Western Ontario and McMaster University, WOMAC) ฉบับภาษาไทย

2. การทดสอบการทรงตัวโดยจับเวลาช่วงเวลาในการลุกเดิน (Times up and go test) โดยทำการประเมินก่อนและหลังการปกอกสมุนไพรและปกอกเย็น การปกอกจะทำ 3 ครั้ง วันเว้นวัน ครั้งละ 20 นาที โดยใช้ยาปกอกเข่าสมุนไพรสูตรเย็นของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (ยศเส) และกลุ่มปกอกเย็นใช้แผ่นซูปเปอร์อัลลอยด์ที่มีลักษณะเหมือนกับแผ่นปกอกสมุนไพร ขณะทำการประคบทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการให้ความรู้ในการบริหารกล้ามเนื้อเข่าโดยนักกายภาพบำบัด และทำการปฏิบัติจริง หลังปกอกเข่า

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่จาก รพ.สต. วัดหู่ช้าง
2. การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี หนังสือรับรองเลขที่ 17/2564 ณ วันที่ 27 เมษายน 2564 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีช่วงอายุ 45-80 ปี ที่มีอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมที่อยู่ในพื้นที่ดูแลของ รพ.สต. วัดหู่ช้าง จำนวน 24 คน
3. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยถึงหลักการและเหตุผลให้รับทราบก่อนทำการวิจัย จากนั้นขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยให้บุคคลภายนอกทราบ
4. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเก็บใส่ตู้พร้อมกุญแจซึ่งจะเก็บไว้เป็นระยะเวลาหนึ่งปีและจะนำมาทำลายโดยวิธีการย่อยเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations) และ Chi-square tests สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบต่างกลุ่มกันของทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-tests โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

คำนิยาม

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) คือโรคที่มีการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ มีการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งเกิดขึ้นช้าๆ อย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำในข้อ ทำให้คุณสมบัติหล่อลื่นลดลง⁽¹¹⁾

Oxford Knee Score เป็นแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการทดสอบความน่าเชื่อถือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85 บ่งชี้ว่ามีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) อยู่ในระดับสูง⁽¹²⁾

Western Ontario and McMaster University (WOMAC) เป็นแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการทดสอบความน่าเชื่อถือ มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) อยู่ในระดับดี มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.88-0.95⁽¹³⁾ ทั้งยังมีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี⁽¹⁴⁾

การประเมิน Timed up and go test ใช้ประเมินการทรงตัว โดยบันทึกเวลาการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ และเดินในระยะทาง 3 เมตร ด้วยความเร็วที่มากที่สุดจนกลับมา นั่งยังเก้าอี้ ณ จุดเริ่มต้น มีความน่าเชื่อถือในการวัดซ้ำ และระหว่างผู้วัดอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม ($ICC = 0.95-0.99$)⁽¹⁵⁾

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่พอกเข้าด้วยสมุนไพร 12 ราย และพอกเย็น 12 ราย โดยเป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพอกสมุนไพร และกลุ่มพอกเย็นในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว BMI จำนวนข้อที่ปวด ประวัติการประสบอุบัติเหตุของข้อเท้า ค่าเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการทำงานข้อเท้า และช่วงเวลาในการลุกเดินก่อนทำการวิจัย ผลการวิเคราะห์ไม่พบความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือก่อนการวิจัยไม่มีความแตกต่างกัน มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการทดลองพอกเข้าต่อได้ ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีลักษณะข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันดังตาราง (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Chi-square test

ข้อมูล		จำนวนผู้ป่วย (n=24)		p-value
		พอกสมุนไพร	พอกเย็น	
เพศ	หญิง	12	12	0.261
อายุ (ปี)	<60	3	3	
	61-65	4	2	
	66-70	4	2	
	71-75	0	0	
ระดับการศึกษา	>75	1	2	0.659
	ไม่ได้รับการศึกษา	2	2	
	ประถมศึกษา	7	5	
	มัธยมศึกษา	3	5	
BMI	<18	3	3	0.261
	18-23	4	2	
	24-29	4	2	
	>30	1	5	
จำนวนข้อที่ปวด	ข้างเดียว	3	3	1.000
	สองข้าง	9	9	
ประวัติอุบัติเหตุที่ข้อเท้า	ไม่เคย	11	9	0.273
	เคย	1	3	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า และช่วงเวลาในการลุกเดิน ก่อนทำการพอกเข่า ด้วยสมุนไพรและพอกเย็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Independent t-test

ค่าเฉลี่ย	พอกสมุนไพร	พอกเย็น	p-value
ระดับความปวดของข้อเข่า (คะแนน)	4.12	5.10	0.354
ระดับความผิดปกติของข้อเข่า(คะแนน)	3.79	4.63	0.395
ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า (คะแนน)	4.33	4.34	0.990
ช่วงเวลาในการลุกเดิน (วินาที)	18.02	20.19	0.376

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพอกเข่าด้วยสมุนไพรและพอกเย็น พบว่าความปวดของข้อเข่า ก่อนและหลังการพอกสมุนไพรมีระดับความปวดเฉลี่ย 4.12 และ 1.97 คะแนน ตามลำดับ ความปวดของข้อเข่าก่อนและหลังการพอกเย็นมีระดับความปวดเฉลี่ย 5.10 และ 2.92 คะแนน ตามลำดับ ความผิดปกติของข้อเข่า ก่อนและหลังการพอกสมุนไพรมีระดับความผิดปกติเฉลี่ย 3.79 และ 2.00 คะแนน ตามลำดับ ความผิดปกติของข้อเข่าก่อนและหลังการพอกเย็นมีระดับความผิดปกติเฉลี่ย 4.63 และ 3.00 คะแนน ตามลำดับ

ความสามารถในการ ใช้งานของข้อเข่าก่อนและหลังการพอกสมุนไพรมีระดับการใช้งานเฉลี่ย 4.33 และ 2.32 คะแนน ตามลำดับ ความสามารถในการใช้งานของข้อเข่าก่อนและหลังการพอกเย็น มีระดับการใช้งานเฉลี่ย 4.34 และ 2.83 คะแนน ตามลำดับ ช่วงเวลาในการลุกเดินก่อนและหลังการพอกสมุนไพรมีค่าเฉลี่ย 18.02 และ 16.52 วินาที ตามลำดับ ช่วงเวลา ในการลุกเดินก่อนและหลังการพอกเย็นมีค่าเฉลี่ย 20.19 และ 18.87 วินาที ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่าและช่วงเวลา ในการลุกเดินก่อน และหลังทำการพอกเข่าด้วยสมุนไพร และพอกเย็น (n=12)

ตัวแปรตาม	กลุ่มพอกสมุนไพร		กลุ่มพอกเย็น	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
คะแนนความปวดของข้อเข่า (Mean)	4.12	1.97	5.10	2.92
ขณะเดิน	6.17	2.92	5.92	3.50
ขณะขึ้นบันได	5.42	2.58	6.25	4.25
ตอนกลางคืน	2.92	1.83	4.92	2.50
ขณะอยู่เฉยๆ	1.83	0.67	2.67	1.33
ขณะยืนลงน้ำหนัก	4.25	1.83	5.75	3.00
คะแนนความผิดปกติของข้อเข่า (Mean)	3.79	2.00	4.63	3.00
ข้อฝืดช่วงเช้า	3.75	2.08	4.75	3.42
เข้าฝืดระหว่างวัน	3.83	1.92	4.50	2.58

ตารางที่ 3 (ต่อ) คะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่าและช่วงเวลาในการลุกเดินก่อน และหลังทำการพอกเข้าด้วยสมุนไพร และพอกเย็น (n=12)

ตัวแปรตาม	กลุ่มพอกสมุนไพร		กลุ่มพอกเย็น	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
คะแนนความสามารถในการใช้งานของข้อเข่า (Mean)	4.33	2.32	4.34	2.83
การลงบันได	4.00	2.67	4.83	3.50
การขึ้นบันได	5.75	3.08	6.83	4.33
การลุกยืนจากที่นั่ง	4.67	2.58	5.33	3.92
การยืน	3.17	1.42	3.67	2.42
การเดินบนพื้นราบ	3.58	1.67	3.75	1.67
การขึ้น-ลงรถยนต์	4.17	3.08	4.92	2.92
การไปซื้อของนอกบ้านหรือจ่ายตลาด	6.42	4.00	5.25	3.58
การใส่กางเกง	4.75	2.33	5.58	4.08
การลุกจากเตียง	5.67	3.17	4.08	2.17
การถอดกางเกง	4.75	1.92	3.83	2.42
การเข้า-ออกจากห้องน้ำ	2.92	0.92	3.75	2.42
การนั่ง	2.42	1.25	2.92	1.58
การเข้า-ออกจากส้วมชักโครก	2.83	1.50	2.83	1.67
การทำงานบ้านหนักๆ	5.67	3.42	4.08	3.00
การทำงานบ้านเบาๆ	4.25	1.83	3.50	2.83
ระยะเวลาในการลุกเดิน (Mean)	18.02	16.52	20.19	18.87

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่าก่อนและหลังในการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและพอกเย็นโดยสถิติทดสอบ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยช่วงเวลาในการลุกเดินก่อนและหลังการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและพอกเย็น พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 4 และตารางที่ 5 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า และค่าเฉลี่ยช่วงเวลาในการลุกเดินก่อนและหลังการพอกเข้าด้วยสมุนไพร (n=12) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ paired t-test

ตัวแปรตาม	$\bar{X}$	SD	p-value
คะแนนความปวดของข้อเข่า			
ก่อนการพอกเข้า (mean)	4.12	2.23	<0.001
หลังการพอกเข้า(mean)	1.97	1.54	
ผลต่าง (mean difference)	2.15		
คะแนนความผิดของข้อเข่า			
ก่อนการพอกเข้า (mean)	3.79	2.82	<0.001
หลังการพอกเข้า (mean)	2.00	2.55	
ผลต่าง (mean difference)	1.79		
คะแนนความสามารถในการใช้งานของข้อเข่า			
ก่อนการพอกเข้า (mean)	4.33	2.57	<0.001
หลังการพอกเข้า (mean)	2.32	1.94	
ผลต่าง (mean difference)	2.01		
ระยะเวลาในการลุกเดิน			
ก่อนการพอกเข้า (mean)	18.02	4.71	0.174
หลังการพอกเข้า (mean)	16.52	3.51	
ผลต่าง (mean difference)	1.50		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการทำงาน
ข้อเข่า และค่าเฉลี่ยช่วงเวลาในการลุกเดินก่อน และหลังการพอกเข้าด้วยวิธีพอกเย็น (n=12)
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ paired t-test

ตัวแปรตาม	$\bar{X}$	SD	p-value
คะแนนความปวดของข้อเข่า			
ก่อนการพอกเข่า (mean)	5.10	2.82	<0.01
หลังการพอกเข่า(mean)	2.92	2.01	
ผลต่าง (mean difference)	2.18		
คะแนนความผิดปกติของข้อเข่า			
ก่อนการพอกเข่า (mean)	4.63	1.77	<0.01
หลังการพอกเข่า (mean)	3.00	1.58	
ผลต่าง (mean difference)	1.63		
คะแนนความสามารถในการใช้งานของข้อเข่า			
ก่อนการพอกเข่า (mean)	4.34	1.86	<0.01
หลังการพอกเข่า (mean)	2.83	1.25	
ผลต่าง (mean difference)	1.51		
ระยะเวลาในการลุกเดิน			
ก่อนการพอกเข่า (mean)	20.19	6.86	0.204
หลังการพอกเข่า (mean)	18.87	4.97	
ผลต่าง (mean difference)	1.32		

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการทำงาน
ข้อเข่า และช่วงเวลาในการลุกเดินระหว่างกลุ่มที่พอกเข้าสมุนไพรและกลุ่มที่พอกเย็นโดยสถิติ
Independent t-test พบว่าการพอกเข้าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถ
ในการทำงานข้อเข่า และช่วงเวลาในการลุกเดินไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด/ความผิดปกติ/ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า และค่าเฉลี่ยช่วงเวลาในการลุกเดินหลังการพอกเข้าด้วยวิธีพอกเข้าด้วยสมุนไพรและการพอกเย็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ independent t-test

ตัวแปรตาม	กลุ่มพอกสมุนไพร	กลุ่มพอกเย็น	p-value
การลดลงของคะแนนความปวด	1.97	2.92	0.256
การลดลงของคะแนนความผิดปกติ	2.00	3.00	0.261
การลดลงของคะแนนความสามารถในการใช้งาน	2.32	2.83	0.334
การลดลงของระยะเวลาในการลุกเดิน	16.52	18.87	0.207

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่อยู่ในพื้นที่ดูแลของรพ.สต.วัดหู่ช้าง ทั้ง 24 คน มีแนวโน้มอาการปวด และอาการข้อฝืดลดลง มีระดับความสามารถในการใช้ข้อเข่าดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทั้งจากการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและการพอกเย็นโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีค่าเฉลี่ยเวลาในการลุกเดินดีขึ้นหลังทั้งจากการพอกเข้าด้วยสมุนไพร และการพอกเย็นแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งได้ผลแตกต่างจากงานวิจัยของ ปิยพล พูนสุข และคณะ⁽⁶⁾ โดยอาจเป็นเพราะอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีอายุที่มากกว่า ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 64.5 ปี

ความเย็นช่วยลดอาการปวดข้อได้เนื่องจากความเย็นทำให้หลอดเลือดผิวหนังหดตัว ช่วยลดการอักเสบ ช่วยทำให้การนำกระแสประสาทส่วนปลายช้าลง เพิ่ม pain threshold ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อได้จากการลด Firing rate ของ Muscle spindle (group Ia, II fibers) และ Golgi tendon organ⁽¹⁶⁾ ซึ่งความปวดที่ลดลงอาจเป็นผลให้ความสามารถในการใช้งานข้อดีขึ้น และความเร็วในการเดินเร็วขึ้นได้

จากผลการศึกษาพบว่า การพอกเข้าทั้ง 2 วิธีคือ การพอกเข้าด้วยสมุนไพรและการพอกเย็นสามารถลดอาการปวดข้อเข่า ลดอาการข้อฝืด เพิ่มความสามารถในการใช้งานของข้อเข่า และลดระยะเวลาในการลุกเดินได้ทั้งคู่ โดยการพอกสมุนไพรมีแนวโน้มได้ค่าที่ดีกว่าการพอกเย็น แต่เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มไม่พบความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กล่าวคือประสิทธิผลของการพอกเข้าทั้ง 2 วิธีไม่แตกต่างกัน จึงอาจนำมาใช้แนะนำผู้ป่วยที่มีอาการของข้อเข่าเสื่อมโดยเบื้องต้นให้ใช้วิธีการพอกเย็นเนื่องจากวัสดุที่หาซื้อได้ง่าย หาได้ในครัวเรือน ร่วมกับการออกกำลังกายบริหารข้อเข่าเพื่อลดอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม

จุดแข็งของงานวิจัยคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มการพอกเข้าชนิดใดทำให้ลดอคติในการวิจัยได้ สามารถเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้ครบตามจำนวน แต่อาจมีข้อจำกัดในเรื่องเพศของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นเพศหญิงทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปอาจมีการเปรียบเทียบการปกคลุมข้อเข่าโดยใช้สมุนไพรชนิดร้อนและการประคบร้อน หรืออาจเปรียบเทียบกับวิธีอื่นเช่น การนวดของราชสำนัก อาจมีการทำวิจัยในผู้ป่วยเพศชายเพิ่มขึ้น และอาจเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในรพ.สต.วัดหู่ช้าง และนักกายภาพจากรพ.บางกรวย ที่ได้สนับสนุนและให้คำปรึกษา ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ฤชพงศ์ โนดไธสง. แดงขาว "สถิติบอกอะไร ผู้สูงวัยปัจจุบันและอนาคต" [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 10]. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. [เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/News/2561/04-61/N10-04-61-1.pdf>].
2. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
3. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
4. นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์. เรื่องความรู้ของยาบรรเทาอาการข้ออักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0472.pdf>.
5. สุรติ เล็กอุทัย, วิเชียร ต้นสุวรรณนนท์, ชาดา เสรีคหิรัญ, ผดุงศักดิ์ บัวคำ. การประคบสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดกระดูกและข้อเข่าเสื่อมอักเสบ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2551;6:219-28.
6. ปิยะผล พูลสุข, สุชาดา ทรงผาสุก, เมริษา จันทา, เนตรยา นิมพิทักษ์พงศ์, กิตริวี จิรรัตนสถิต. ประสิทธิภาพของยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2561;18(1):104-11.
7. ชัยญา นพคุณวิชัย. ประสิทธิภาพของการพอกยาสมุนไพรต่ออาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะค่า อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 "GRADUATE SCHOOL CONFERENCE 2019"; 2562: 944-51.
8. ศิลดา การเกตุ, นิชกานต์ สุธะราช, พชรินทร์ ใจดี, สมบัติ กาศเมฆ, สุนทร พรหมเผ่า, ฝนดา ประวัง. การศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังจากการรักษาโคลนสมุนไพรพอกเย็นร่วมกับการนวดแผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า. เชียงรายเวชสาร. 2560;9(2):115-24.
9. เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, วินัย สยอวรรณ, วรายุส คตวงศ์, ณัฐสุดา แก้ววิเศษ, อิศรา ศิริมณีนันท์. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการพอกเข่าด้วยตำรับยาพอกสูตรที่ 1 กับยาพอกสูตรที่ 2 ต่ออาการปวดเข่าและการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2562;11(1):64-72.

10. วิญญูทัตญญ บุญทัน, นพณัฐ จำปาเทศ, รัชณี นามจันทรา, นิภาพร เหล่าชา, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด ข้อฝืด ความสามารถในการใช้งานข้อกับการทรงตัวของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเทศบาลตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มฉก วิชาการ. 2559;19(38):1-12.
11. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย; 2554.
12. Bin Sheeha B, Williams A, Johnson DS, Granat M, Bin Nasser A, Jones R. Responsiveness, Reliability, and Validity of Arabic Version of Oxford Knee Score for Total Knee Arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2020;102(15):e89.
13. Yang KG, Raijmakers NJ, Verbout AJ, Dhert WJ, Saris DB. Validation of the short-form WOMAC function scale for the evaluation of osteoarthritis of the knee. J Bone Joint Surg Br. 2007;89(1):50-6
14. นงพิมพ์ นิมิตรอนันต์. สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):185-94.
15. ชุตินา ชลายนเดชะ. คัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test (TUG). วารสารเทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด. 2557;26(1):5-16.
16. ปรัชญพร คำเมื่อลือ. บทที่ 1 เครื่องมือทางกายภาพบำบัด (Physical modality). 2559. ใน: เอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชา พคพ 516 เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับนักศึกษาแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 10] ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/rehab/images/Study_guide/10_1%20Physical%20modalities_PK.pdf.

การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม และภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

ณัฐนิชา ธัญญาดี, พ.บ.* , ธาตรี โปสิทธิพิเชษฐ์, พ.บ.** , ธนกมล ลีศรี, Ph.D.***^a

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของการใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ของการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall Risk-Increasing Drugs) กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 270 คน ที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 ถึงกันยายน 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Convenient sampling นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Multivariable logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 270 คน เป็นผู้ที่มีประวัติหกล้ม 90 คน (ร้อยละ 33.33) และผู้ที่ไม่เคยมีประวัติหกล้ม 180 คน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ (OR 6.34, 95% CI: 1.03-38.88, p-value=0.046) และการมีกิจกรรมทางสังคม (OR 2.04, 95% CI: 1.14-3.65, p-value=0.017) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมทางสังคม

คำสำคัญ : การใช้ยาหลายขนาน; การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ; ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ; หน่วยบริการปฐมภูมิ

* แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a ผู้เขียนหลัก : ธนกมล ลีศรี Email : thanakamon@sut.ac.th

รับบทความ: 1 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 16 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 16 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 17 มี.ค. 65

Polypharmacy, Fall-Risk Increasing Drugs, and Falls among elderly people in primary care, Phra Nakhon Si Ayutthaya : A Cross-sectional Study

Natnicha Thunyadee, MD^{*}, Tatree Bosittipichet, MD^{**},
Thanakamon Leesri, Ph.D.^{***a}

Abstract

This cross-sectional study aimed to study associations between falls with Fall Risk-Increasing Drugs (FRIDs) and Polypharmacy among elderly people in primary care, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Participants (n=270) were elderly aged 60 years and older selected from clients at the primary care unit in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Data were collected using questionnaires between July and September of 2021. Sampling method used in this study was a convenient sampling. The factors associated with falls were analyzed using multivariate logistic regression analysis.

The study found that out of 270 Participants, 90 participants (33.33%) were fallers and 180 participants (66.67%) were non-fallers. Multivariate analyses showed the use of two or more FRIDs (OR 6.34, 95% CI: 1.03-38.88, p-value=0.046) and social activity (OR 2.04, 95% CI: 1.14-3.65, p-value=0.017) were significantly among fallers. The use of two or more FRIDs and social activity were associated factors for falls.

Keywords : Polypharmacy; Fall-risk increasing drugs; Falls among elderly; Primary care

^{*} Family Medicine Resident, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

^{**} Medical Physician, Senior Professional Level, Department of Social Medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

^{***} Assistant Professor, School of Community Health Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

^a Corresponding author : Thanakamon Leesri Email : thanakamon@sut.ac.th

Received: Feb. 1, 22; Revised: Feb. 16, 22; Accepted: Feb. 16, 22; Published Online: Mar. 17, 22

บทนำ

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง เหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุล้มลงไปที่พื้นหรือพื้นผิวที่อยู่ต่ำกว่าระดับร่างกายโดยไม่ตั้งใจ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะเกิดภาวะหกล้มร้อยละ 28 ถึงร้อยละ 35 ต่อปีของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก⁽¹⁾ เป็นสาเหตุของความพิการ การต้องดูแลสุขภาพระยะยาว (Long-Term care) และการรักษาใน โรงพยาบาล⁽²⁾ จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564 พบว่า ความชุกของผู้สูงอายุที่มีประวัติพลัดตกหกล้มใน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 18.50 อาการบาดเจ็บหลังพลัดตกหกล้มมีตั้งแต่เล็กน้อยจนเสียชีวิต ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายระบบบริการผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน⁽³⁾

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่หนึ่ง ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม, การไถ่ยา, ภาวะเมตาบอลิก, โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ, โรคระบบประสาท, อาการผิดปกติทางจิต, กลุ่มอาการบกพร่องทางประสาทสัมผัส ฯลฯ และประเภทที่สอง ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ, ภาวะข้ออักเสบ, ภาวะบกพร่องทางสมองและสมองเสื่อม, เพศ, ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง, ประวัติเคยหกล้ม, ประวัติเคยกระดูกหัก, ประวัติจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน และเชื้อชาติ⁽⁴⁾

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่ามีมากพอสมควร แต่ปัจจัยที่ยังไม่ได้ข้อสรุปชัดเจน ได้แก่ การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) ที่หมายถึง การใช้ยาร่วมกันมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดขึ้นไป ที่ผู้วิจัยพบว่าข้อมูลบางการศึกษาขัดแย้งกัน⁽⁵⁻⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังมีปัจจัยจำกัดในเรื่องยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall Risk-Increasing Drugs) โดย The Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มยา 5 กลุ่ม ได้แก่ Opioids, Antipsychotics, Anxiolytics, Hypnotics and sedatives, Antidepressants และกลุ่มยาที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) ได้แก่ Vasodilators, Anti-hypertensives, Diuretics, Beta blocking agents, Calcium channel blockers, Renin-angiotensin system inhibitors, Alpha-adrenoreceptor antagonists, Dopaminergic agents⁽⁹⁾ พบว่า การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall Risk-Increasing Drugs) สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁻⁸⁾

จากข้อมูล พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาหลายขนานกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มยังไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจน มีข้อมูลจำกัดโดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ การศึกษานี้จึงต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยหวังว่าจะนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดแนวทางป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยาหลายขนาน กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นตรงกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตลอดทั้งปีจำนวน 10,896 คน (ข้อมูลระหว่าง ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564) เนื่องจากเป็นสถานที่ให้บริการที่มีแพทย์ตรวจเป็นหลัก ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2564 เก็บกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenient sampling) จำนวน 270 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิที่ระดับการรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้ เกณฑ์ที่คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ให้ข้อมูลในแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ และผู้ที่ไม่สามารถยืนได้อย่างมั่นคง (Severe physical disabilities)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอ้างอิงจากงานวิจัยของ Anam Zia และคณะ เรื่อง The consumption of two or more fall risk-increasing drugs rather than polypharmacy is associated with falls⁽⁶⁾ ภายใต้สมมติฐาน กลุ่มที่ใช้ยาหลายขนานมีภาวะหกล้ม ร้อยละ 40.00 และกลุ่มที่ใช้ยาหลายขนานไม่มีภาวะหกล้ม ร้อยละ 23.00 กำหนดการทดสอบเป็น two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (Significance level) ที่ 5% และ power เท่ากับ 80% กำหนดสัดส่วนผู้ที่มีภาวะหกล้มต่อผู้ที่ไม่มีความหกล้มอ้างอิงจากความชุกของภาวะหกล้มในประชากรทั่วไป⁽¹⁰⁾ เป็น 1 : 2 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างได้ 255 คน แต่เพื่อความครบถ้วนจึงเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 5.00 ดังนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเป็นกลุ่มที่มีภาวะหกล้ม 90 คน และกลุ่มที่ไม่มีภาวะหกล้ม 180 คน รวม 270 คน โดยใช้สมการ⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$N_1 = \left\{ z_{1-\alpha/2} * \sqrt{\bar{p} * \bar{q} * \left(1 + \frac{1}{k}\right)} + z_{1-\beta} * \sqrt{p_1 * q_1 + \left(\frac{p_2 * q_2}{k}\right)} \right\}^2 / \Delta^2$$
$$q_1 = 1 - p_1$$
$$q_2 = 1 - p_2$$
$$\bar{p} = \frac{p_1 + kp_2}{1 + K}$$
$$\bar{q} = 1 - \bar{p}$$
$$N_1 = \left\{ 1.96 * \sqrt{0.29 * 0.71 * \left(1 + \frac{1}{2}\right)} + 0.84 * \sqrt{0.4 * 0.6 + \left(\frac{0.23 * 0.77}{2}\right)} \right\}^2 / 0.17^2$$
$$N_1 = 85$$
$$N_2 = K * N_1 = 170$$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และเคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการหกล้ม ได้แก่ จำนวนครั้งที่หกล้มในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สาเหตุการหกล้มครั้งสุดท้าย ลักษณะการบาดเจ็บ และการรักษาสถานพยาบาลหลังหกล้ม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม ได้แก่ โรคประจำตัวหรือภาวะที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สมาชิกร่วมอาศัย และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ แบบประเมินการมองเห็น การได้ยิน และภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ อ้างอิงจากคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ พ.ศ.2557⁽¹²⁾ แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง ยานอนหลับ โดยอ้างอิงตาม The Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW)⁽⁹⁾ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กลุ่มยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ (Fall risk-increasing drugs, FRIDs) และกลุ่มยาที่ส่งผลให้เกิด ภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension, ODs) อ้างอิงตาม Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW)

ATC*code	Drugs/ group of drugs
Increase the fall risk	
N02A	Opioids
N05A (NOSAN excluded)	Antipsychotics (lithium excluded)
N05B	Anxiolytics
N05C	Hypnotics and sedatives
N06A	Antidepressants
May cause or worsen orthostatism	
C01D	Vasodilators used in cardiac diseases
C02	Antihypertensives
C03	Diuretics
C07	Beta blocking agents
C08	Calcium channel blockers
C09	Renin-angiotensin system inhibitors
G04CA	Alpha-adrenoreceptor antagonists
N048	Dopaminergic agents
N05A (NOSAN excluded)	Antipsychotics (lithium excluded)
N06A	Antidepressants

*Anatomical Therapeutic Chemical classification system.

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ข้อมูลแจกแจงนับ (Categorical data) นำเสนอด้วย ความถี่ (N) และร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multivariable logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $P\text{-value} < 0.05$ นำเสนอเป็นค่าสัมประสิทธิ์ Odds ratio (95% CI)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการชี้แจงและขอความยินยอมโดยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร (Written informed consent) ก่อนเข้าร่วมวิจัย ไม่บันทึกชื่อในแบบสอบถาม กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะหกล้ม ผู้วิจัยจะส่งเสริมป้องกันภาวะหกล้มซ้ำและส่งต่อในรายที่จำเป็น ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ 1 ปี ภายหลังจากนั้นจึงนำไปทำลาย งานวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อ 30 มิถุนายน พ.ศ.2564 เลขที่โครงการวิจัย 014/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 270 คน เป็นผู้ที่มีประวัติหกล้ม 90 คน และผู้ที่ไม่เคยมีประวัติหกล้ม 180 คน เพศหญิงร้อยละ 70.74 ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 69.26 ปัจจุบันประกอบอาชีพร้อยละ 34.81 อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 9.26 ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร้อยละ 8.15 มีโรคประจำตัวร้อยละ 95.56 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคเบาหวานร้อยละ 47.41 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 79.26 ปัญหาการมองเห็นร้อยละ 56.67 ปัญหาการกลืนปัสสาวะร้อยละ 18.89 ประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 11.48 ประวัติเคยดื่มสุราร้อยละ 14.07 มีผู้ดูแลหลักร้อยละ 4.81 และการมีกิจกรรมทางสังคมร้อยละ 30.00 ภาพรวมผู้เข้าร่วมวิจัยมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกันอาจมีบางประเด็น เช่น โรคเบาหวาน ปัญหาการกลืนปัสสาวะ การมีกิจกรรมทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=270)

ตัวแปรที่ศึกษา	มีประวัติหกล้ม		ไม่มีประวัติหกล้ม		OR (95% CI)	p-value
	n=90	%	n=180	%		
เพศ						
หญิง	64	71.11	127	70.56	1.02 (0.59-1.79)	0.925
ชาย	26	28.89	53	29.44		
อายุ						
60-69	58	64.44	129	71.67	Ref	
70-79	24	26.67	41	22.78	1.30 (0.72-2.35)	0.382
>80	8	8.89	10	5.56	1.78 (0.67-4.74)	0.249
ระดับการศึกษา						
ได้รับการศึกษา	87	96.67	174	96.67	1.00 (0.24-4.09)	1.000
ไม่ได้รับการศึกษา	3	3.33	6	3.33		
สถานภาพ						
คู่/อยู่ด้วยกัน	42	46.67	90	50.00	0.88 (0.53-1.45)	0.606
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	48	53.33	90	50.00		
อาชีพปัจจุบัน						
ประกอบอาชีพ	29	32.22	65	36.11	0.84 (0.44-1.44)	0.527
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	61	67.78	115	63.89		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)						
น้อยกว่าปกติ (<18.5)	5	5.56	8	4.44	Ref	0.648
ปกติ (18.5-22.9)	24	26.67	51	28.33	0.75 (0.22-2.55)	0.716
น้ำหนักเกิน/อ้วน (≥23)	61	67.78	121	67.22	0.81 (0.25-2.57)	
ผู้ร่วมอาศัย						
อาศัยกับครอบครัว	84	93.33	161	89.44	1.65 (0.64-4.29)	0.303
อาศัยอยู่คนเดียว	6	6.67	19	10.56		
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน						
ใช่	10	11.11	12	6.67	1.75 (0.73-4.22)	0.213
ไม่	80	88.89	168	93.33		
โรคประจำตัว						
มี	86	95.56	172	95.56	1.00 (0.29-3.41)	1.000
ไม่มี	4	4.44	8	4.44		

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 270)

ตัวแปรที่ศึกษา	มีประวัติหกล้ม		ไม่มีประวัติหกล้ม		OR (95% CI)	p-value
	n=90	%	n=180	%		
โรคประจำตัว						
โรคเบาหวาน	33	36.67	95	52.78	0.52 (0.31-0.87)	0.013*
โรคความดันโลหิตสูง	69	76.67	145	80.56	0.79 (0.43-1.46)	0.458
โรคหัวใจ-หลอดเลือด	8	8.89	11	6.11	1.50 (0.58-3.87)	0.403
โรคปอดเรื้อรัง	3	3.33	4	2.22	1.52 (0.33-6.93)	0.591
โรคข้ออักเสบ	10	11.11	9	5.00	2.38 (0.93-6.07)	0.070
ปัญหาการได้ยิน	5	5.56	14	7.78	0.70 (0.24-2.00)	0.503
ปัญหาการมองเห็น	56	62.22	97	53.89	1.41 (0.84-2.36)	0.193
การกลืนปัสสาวะ	24	26.67	27	15	2.06 (1.11-3.83)	0.022*
ภาวะซึมเศร้า	1	1.11	2	1.11	1.00 (0.09-11.18)	1.000
ประวัติการสูบบุหรี่						
มี	12	13.33	19	10.56	1.30 (0.60-2.82)	0.501
ไม่มี	78	86.67	161	89.44		
ประวัติการดื่มสุรา						
มี	15	16.67	23	12.78	1.37 (0.67-2.77)	0.388
ไม่มี	75	83.33	157	87.22		
ผู้ดูแลหลัก						
มี	4	4.44	9	5.00	0.88 (0.26-2.95)	0.841
ไม่มี	86	95.56	171	95.00		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม						
มี	36	40.00	45	25.00	2.00 (1.17-3.43)	0.012**
ไม่มี	54	60.00	135	75.00		

* p <.05; **OR (95%CI) ได้จากการคำนวณ Chi-square test หรือ Fisher's exact test

2. ปัจจัยด้านการใช้ยาที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

ในภาพรวม ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีลักษณะการใช้ยาใกล้เคียงกันอาจมีบางประเด็น เช่น การใช้ยากลุ่ม Opioids การใช้ยากลุ่ม Antidepressants การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (n=270)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่หกล้ม		กลุ่มที่ไม่หกล้ม		OR (95% CI)	p- value
	(n=90)	%	(n=180)	%		
กลุ่มยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (FRIDs)						
Opioids	11	12.22	9	5.00	2.65 (1.05-6.64)	0.038*
Antipsychotics	0	0	0	0	-	-
Anxiolytics	12	13.33	23	12.78	1.05 (0.90-2.22)	0.898
Hypnotics and sedatives	0	0	0	0	-	-
Antidepressants	8	8.89	5	2.78	3.41 (1.08-10.76)	0.036*
กลุ่มยาที่ส่งผล Orthostatic hypotension (ODs)						
Vasodilators used in cardiac diseases	1	1.11	4	2.22	0.49 (0.05-4.49)	0.531
Other Antihypertensives	12	13.33	24	13.33	1.00 (0.48-2.11)	1.000
Diuretics	8	8.89	19	10.56	0.83 (0.35-1.97)	0.667
Beta blocking agents	12	13.33	36	20.00	0.62 (0.30-1.25)	0.180
Calcium channel blockers	43	47.48	86	47.78	1.00 (0.60-1.66)	1.000
Renin-angiotensin system inhibitors	51	56.67	109	60.56	0.85 (0.51-1.42)	0.540
Alpha-adrenoreceptor antagonists	0	0	0	0	—	—
Dopaminergic agents	1	1.11	0	0	—	—
กลุ่มยาโรคเบาหวาน						
Insulin	5	5.56	9	5.00	1.12 (0.36-3.44)	0.846
Biguanides	33	36.67	78	43.33	0.76 (0.45-1.27)	0.295
Sulfonylureas	21	23.33	59	32.78	0.62 (0.35-1.11)	0.111
กลุ่มยาชนิดอื่นๆ						
NSAIDs	26	28.89	56	31.11	0.90 (0.52-1.57)	0.708
PPIs	17	18.89	31	17.22	1.11 (0.58-2.15)	0.736
Steroids	2	2.22	3	1.67	1.34 (0.22-8.17)	0.750
Sleep aid medications	15	16.67	17	9.44	1.92 (0.91-4.04)	0.087

* p <.05; **OR (95%CI) ได้จากการคำนวณ Chi-square test หรือ Fisher exact test

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ระหว่างปัจจัยทั้งหมดกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป โรคเบาหวาน ปัญหาการกลืนปัสสาวะ การมีกิจกรรมทางสังคม การใช้ยากลุ่ม Opioids การใช้ยากลุ่ม Antidepressants สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบ Logistic (Multivariable logistic regression)

ปัจจัย	Univariable OR (95%CI)	p- value	Multivariable OR (95%CI)	p- value
การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (FRIDs 2+)	8.68 (1.80-41.79)	0.007	6.34 (1.03-38.88)	0.046*
การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy)	0.91 (0.55-1.52)	0.727	1.01 (0.53-1.93)	0.966
โรคเบาหวาน	0.52 (0.31-0.87)	0.013	0.52 (0.24-1.14)	0.102
โรคข้ออักเสบ	2.38 (0.93-6.07)	0.070	1.75 (0.61-4.99)	0.298
ปัญหาการกลืนปัสสาวะ	2.06 (1.11-3.83)	0.022	1.79 (0.90-3.57)	0.096
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	2.00 (1.17-3.43)	0.012	2.04 (1.14-3.65)	0.017*
การใช้ยากลุ่ม Opioids	2.65 (1.05-6.64)	0.038	1.12 (0.36-3.52)	0.835
การใช้ยากลุ่ม Antidepressants	3.41 (1.08-10.76)	0.036	1.36 (0.35-5.29)	0.653

*Significant P-value < 0.05; Adjusted for age, sex, sulfonylureas used

เมื่อวิเคราะห์ทีละหลายปัจจัยโดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นร่วมด้วยโดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multivariable logistic regression) พบว่าการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่หกล้มมีอัตราส่วนที่ใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปมากเป็น 6.34 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่หกล้ม และการมีกิจกรรมทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่หกล้มมีอัตราส่วนที่มีกิจกรรมทางสังคมต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมากเป็น 2.04 เท่า (ตารางที่ 4)

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะหกล้ม

ผู้เข้าร่วมวิจัยที่หกล้ม 90 คน ส่วนใหญ่หกล้ม 1 ครั้งภายใน 1 ปี ร้อยละ 58.89 สาเหตุของการหกล้มจากพื้นลื่น ร้อยละ 53.34 ผลกระทบที่ตามมาไม่มีบาดเจ็บ ร้อยละ 81.11 เข้าสถานพยาบาลหลังหกล้ม ร้อยละ 17.78 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะหกล้ม (n=90)

หัวข้อ	ความถี่	ร้อยละ (%)
จำนวนครั้งที่หกล้มในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา		
1 ครั้ง	53	58.89
2 ครั้ง	21	23.34
3 ครั้งขึ้นไป	16	17.78
สาเหตุของการหกล้ม		
พื้นลื่น	48	53.34
ก้าวพลาด	23	25.56
เป็นลม/หมดสติ	3	3.34
สูญเสียการทรงตัว	8	8.89
เวียนศีรษะ	6	6.67
อื่นๆ	2	2.22
ลักษณะการบาดเจ็บหลังการหกล้ม		
ไม่มีบาดเจ็บ	73	81.11
บาดเจ็บเล็กน้อย	11	12.22
บาดเจ็บเล็กน้อย	1	1.11
กระดูกหัก	4	4.44
ศีรษะได้รับบาดเจ็บ	0	0
อื่นๆ	1	1.11
เข้ารับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขหลังการหกล้ม		
ใช่	16	17.78
ไม่ใช่	74	82.22

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระบบบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปสัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Multivariable OR 6.34, 95% CI: 1.03-38.88, p-value=0.046) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁶⁻⁸⁾ ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพื้นลื่นและก้าวพลาด เป็นผลจากการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มทำให้เกิดการสูญเสียการทรงตัว การเดิน ทำให้เกิดการหกล้มตามมา⁽⁸⁾

ปัจจัยการใช้ยาหลายขนานไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Multivariable OR 1.01, 95% CI: 0.53-1.93, p-value 0.966) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zia⁽⁶⁾ ว่า การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปสัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การใช้ยาหลายขนานไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่ใช้ยาหลายขนานนั้นเพิ่มโอกาสในการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป⁽⁶⁾ แตกต่างจากการศึกษาของ Kojima⁽¹³⁾ ที่พบว่าการใช้ยาหลายขนานสัมพันธ์ต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่รับบริการศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุอาจมีเงื่อนไขแตกต่างกัน เช่น จำนวนโรคเรื้อรังที่มากกว่าจึงมีแนวโน้มได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณหรือชนิดของยา อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reactions) เช่น เวียนศีรษะ การทรงตัวไม่มั่นคง เพิ่มโอกาสการหกล้มตามมา แต่การศึกษานี้เก็บข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้ผลลัพธ์แตกต่างกัน

ผลการศึกษาปัจจัยด้านประชากร พบว่า การเข้าถึงกิจกรรมทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Multivariable OR 2.04, 95% CI: 1.14-3.65, p-value=0.017) แตกต่างจากการศึกษาของ Trevisan⁽¹⁴⁾ ว่าการมีเครือข่ายทางสังคมมีอิทธิพลต่อปัจจัยเสี่ยงและพยากรณ์การหกล้มจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มที่มีการติดต่อทางสังคมที่จำกัดและกลุ่มที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากการหกล้มหลายครั้ง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างหกล้มในงานวิจัยมีความรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล แตกต่างจากการศึกษานี้ที่กลุ่มหกล้มส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการรักษา และแตกต่างจากการศึกษาของดราวารรณ ร่องเมือง⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเสี่ยงล้ม อาจเกิดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายลดลงและแยกตัวจากสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Geoffrey⁽¹⁶⁾ เนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีกิจกรรมสังคมหลากหลาย อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะหกล้มตามมา

กลุ่มยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall Risk-Increasing Drugs) ประกอบด้วยชนิดของกลุ่มยา 5 ชนิด ได้แก่ Opioids, Antipsychotics, Anxiolytics, Hypnotics and sedatives และ Antidepressants⁽⁹⁾ การศึกษานี้เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ พบว่า แต่ละชนิดของกลุ่มยาไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษานี้ไม่มีข้อมูลในกลุ่ม Antipsychotics และ Hypnotics and sedatives เนื่องจากเก็บข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งจำกัดการสั่งยาที่มีความเสี่ยงสูง แตกต่างจากการศึกษาของ Akande-Sholabi⁽⁸⁾ ที่ว่าการใช้ยาในกลุ่ม Antipsychotics สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเก็บข้อมูลในกลุ่มที่เข้ารับบริการศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

แม้ว่าชนิดของกลุ่มยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มจะไม่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปสัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Anam Zia⁽⁶⁾ ว่า การเพิ่มความเสี่ยงของการหกล้มเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนชนิดของกลุ่มยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม อาจเกิดจากอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug-drug interaction), การเพิ่มขึ้นของความไวทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamic sensitivity), การเสริมฤทธิ์กันของยา (Synergistic effect) ส่งผลต่อระบบประสาท การเคลื่อนไหว การประสานงาน และกำลังของกล้ามเนื้อ⁽⁶⁾ และการออกฤทธิ์ของยา (Effects) เช่น การออกฤทธิ์กล่อมประสาท (Sedation) อาการเวียนศีรษะ และการทรงตัว ส่งผลให้เกิดการหกล้มตามมา⁽¹²⁾

จากการศึกษานี้ โรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อย ถึงแม้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อจำนวนมาก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของโรคความดันโลหิตสูงกับภาวะกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Akande-Sholabi et al.⁽⁸⁾

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ปัจจัยผู้ดูแลหลักกับภาวะกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ แตกต่างจากงานวิจัยของ Almegbel⁽¹⁷⁾ อาจเกิดจากการเก็บข้อมูลในเมืองหลวง ผู้สูงอายุที่จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน บางครอบครัวอาจจ้างผู้ดูแล สมาชิกทำงานนอกบ้าน ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของครอบครัวลดลง ซึ่งทำให้เกิดปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการกล้ามเนื้อตามมา อธิบายได้จากงานวิจัยของ เสน่ห์ แสงเงิน และคณะ⁽¹⁸⁾ ผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคมต่ำสุด เนื่องจากผู้สูงอายุเขตชุมชนชนบทส่วนใหญ่ยังคงทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เป็นครอบครัวครัวขยาย และมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แตกต่างจากการศึกษานี้ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท

ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพปัจจุบัน ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ผู้ร่วมอาศัย การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่พบความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาหลายๆ แห่ง⁽⁶⁻⁸⁾

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ ด้านการเลือกประชากรที่ใช้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีงานวิจัยค่อนข้างจำกัด หากมีการนำข้อมูลไปใช้ใน หน่วยบริการปฐมภูมิก็ทำได้ง่าย ด้านการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/เกณฑ์คัดออกมีเงื่อนไขค่อนข้างน้อยทำให้สามารถเป็นตัวแทนประชากรผู้สูงอายุทั่วไปได้ ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีค่อนข้างมากเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล และด้านการเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์จากผู้ให้คำตอบโดยตรง (Face-to-face interview) และตรวจสอบยาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยนำมา เพื่อเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล

ส่วนข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ด้านผู้เข้าร่วมวิจัย ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อายุ 60-69 ปี อาจเกิดจากอยู่ในช่วงระบาดของสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวมารับยาแทนทำให้ข้อมูลอาจไม่หลากหลาย ประการที่สอง การเก็บข้อมูลไม่ครอบคลุมถึงขนาดและระยะเวลาของการใช้ยา อาจทำให้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ ประการที่สาม เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง บางส่วนเป็นการถามย้อนหลัง อาจมีอคติจากการถามย้อนหลัง (Recall bias) ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย (Self-report) อาจทำให้ข้อมูลไม่จริง (Reporting error) และไม่ทราบระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ศึกษานั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เพื่อสร้างความตระหนักว่าจำนวนการใช้ยาอาจไม่ใช่ประเด็นสำคัญในการคัดกรองภาวะกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ แต่เป็นจำนวนชนิดของกลุ่มยาที่อาจมีนัยสำคัญมากกว่าจำนวนการใช้ยา สามารถนำไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพ กิจกรรมส่งเสริมป้องกัน ทบทวนรายการยาที่ได้รับให้เป็นปัจจุบัน การดูแลสุขภาพที่บ้านเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว รวมถึงปรับใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิตำหนัก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

การศึกษานี้เป็นแบบตัดขวางไม่สามารถบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของตัวแปรหรืออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงความเป็นเหตุเป็นผลได้ ควรเลือกใช้ Cohort study เพื่อลดอคตินี้ อาจเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้านการใช้ยาทั้งขนาด ปริมาณ และระยะเวลา รวมถึงเก็บข้อมูลในพื้นที่อื่นและระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มความหลากหลายของข้อมูล อาจใช้สมุดบันทึกการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ (Diary record) เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลด้านการหกล้ม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่รับบริการหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ การใช้ยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป และการมีกิจกรรมทางสังคม จำนวนชนิดของกลุ่มยาที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ได้แก่ กลุ่มยาระงับปวด กลุ่มยาที่มีผลต่อจิตประสาท กลุ่มยาระงับภาวะวิตกกังวล กลุ่มยาระงับประสาทและยานอนหลับ และกลุ่มยาด้านซึมเศร้า เมื่อใช้ร่วมกันอาจทำให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ผลข้างเคียงของยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ การเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาทุกท่านที่ให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือในงานวิจัยผ่านไปด้วยดี รวมถึงขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทุกท่านที่ให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age [Internet]. 2007 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>.
2. World Health Organization. Fact Sheet: Falls [Internet]. 2021[cited 2022 Jan 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
3. นิพา ช้างเชื้อ, ลวิตรา กำวี. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ /2565 มกราคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/violence/การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ%20ปี%202560-2564.pdf>.
4. Moncada LV, Mire LG. Preventing Falls in Older Persons. American Academy of Family Physicians [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2017/0815/afp20170815p240.pdf>.
5. Aranyavalai T, Jalayondeja C, Jalayondeja W, Pichaiyongwongdee S, Kaewkungwal J, Laskin JJ. Association between walking 5000 step/day and fall incidence over six months in urban community-dwelling older people. BMJ Geriatrics 2020;20(1):1-11.

6. Zia A, Kamaruzzaman SB, Tan MP. The consumption of two or more fall risk-increasing drugs rather than polypharmacy is associated with falls. *Geriatr Gerontol Int*. 2016;17(3):463-70.
7. e K, Chou E, Boyce RD, Albert SM. Fall Risk-Increasing Drugs, Polypharmacy, and Falls Among Low-Income Community-Dwelling Older Adults. *Innov Aging*. 2021 Jan 8;5(1):igab001. doi: 10.1093/geroni/igab001.
8. Akande-Sholabi W, Ogundipe FS, Adebuseye LA. Medications and the risk of falls among older people in geriatric centre in Nigeria: a cross-sectional study. *Int J Clin Pharm*. 2020;43(1):236-45.
9. Milos V, Bondesson A, Magnusson M, Jakobsson U, Westerlund T, Midlov P. Fall risk-increasing drugs and falls: cross sectional study among elderly patients in primary care. *BMC Geriatrics* 2014;14(1)1-7.
10. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, อัมมิชา นาไวย์. การหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้ม ในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมืองเชียงใหม่. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล* 2563;36(1):22-38.
11. Bernard, R. *Fundamental of Biostatistics* (5th ed.). Duxbery: Thomson Learning; 2000.
12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; 2557.
13. Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, et al. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12(3):425-30.
14. Trevisan C, Rizzuto D, Maggi S, Sergi G, Wang HX, Fratiglioni L, et al. Impact of social network on the Risk and Consequences of Injurious Falls in Older Adults. *The American Geriatrics Society* 2019;00(00):1-8.
15. ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, จิตติยา สมบัติบุรณ์. อุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี* 2559;14(34):126-41.
16. Hoffman GJ, Malani PN, Solway E, Kirch M. Change in activity levels, physical functioning, and fall risk during the COVID-19 pandemic. *J Am Geriatr Soc* 2021;70:49-59.
17. Almegbel FY, Alotaibi IM, Alhusain FA, Masuadi EM, Al Sulami SL, Aloushan AF, et al. Period prevalence, risk factors and consequent injuries of falling among the Saudi elderly living in Riyadh, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2018;8(1):1-9.
18. เสน่ห์ แสงเงิน, ถาวร มาตัน. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2561;48(2):174-84.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

พรสิทธิ์ พันธุ์พานิช, พ.บ.*, ธาตรี โปสิทธิ์พิเชษฐ์, พ.บ.** , ธนภณ ลีศรี, Ph.D.***^a

บทคัดย่อ

ภาวะกรดยูริกในเลือดสูงเป็นภาวะที่สามารถพบได้ในประชากรทั่วไป และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นส่วนมากจะไม่มีอาการ แต่ภาวะกรดยูริกในเลือดสูงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ การวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในประชากรทั่วไป ข้อมูลการศึกษายังมีจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 172 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกรกฎาคม ถึงกันยายน พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร และข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Independent t-test, Chi-square test, Fisher exact test โดยใช้ Binary logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ จากปัจจัยข้อมูลทั่วไป คือ การรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เป็ด ไก่ ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ และน้ำซุบ เป็นประจำ (OR=3.37, 95% CI=1.54-7.38) และจากปัจจัยข้อมูลทางคลินิกคือ โรคไตเสื่อมเรื้อรัง (OR=4.46, 95% CI=1.46-13.60) และระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg (OR=11.48, 95% CI=3.77-34.94) การเข้าใจและตระหนักในปัจจัยเหล่านี้ จะทำให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีการตรวจติดตามระดับกรดยูริกในเลือดแก่บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอและสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้ความรู้ คำแนะนำ การป้องกันแก่บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงให้มีการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้นไป

คำสำคัญ : ภาวะยูริกในเลือดสูง; ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง; โรคเรื้อรัง; หน่วยบริการปฐมภูมิ

* นายแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a ผู้เขียนหลัก: ธนภณ ลีศรี Email: thanakamon@sut.ac.th

รับบทความ: 1 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 17 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 19 มี.ค. 65

Factors Associated of Asymptomatic Hyperuricemia among Patients with Non-Communicable Diseases in Primary Care Unit

Pornsit Panpanich, MD*, Tatree Bosittipichet, MD**,
Thanakamon Leesri, Ph.D.***^a

Abstract

Hyperuricemia is a condition that can be found general population and its prevalence of persons with asymptomatic hyperuricemia tends to be greater. The condition creates an increased risk of cardiovascular and chronic kidney diseases. Most research studied general population while the data among non-communicable disease patients are lacking. The objective of this research was to examine factors associated with asymptomatic hyperuricemia. The data were collected from 172 patients with non-communicable diseases in primary health care unit using simple random sampling. General information and health data were collected using questionnaires and interviews during July and September of 2021. The data were analyzed using descriptive statistics (percentages, means, and standard deviations) and analytical statistics (independent sample t-test, Chi-square test, Fisher's exact test and multivariate analysis using binary logistic regression. The results showed that associated factors in asymptomatic hyperuricemia from general information were regular eating in offal, seafood, chicken, Acacia, Leucaena, red bean, green bean, black bean and broth (OR=3.37, 95% CI=1.54-7.38). Factors from the health data that were associated with having asymptomatic hyperuricemia were chronic kidney disease (OR=4.46, 95% CI=1.46-13.60) and high blood pressure (140/90 mmHg or higher) (OR=11.48, 95% CI=3.77-34.94). The findings suggested that primary health care units should screen for uric acid level in person who have risk factors regularly. Health promotion and disease prevention among persons with risk factors are encouraged for better self-care behaviors.

Keywords: Hyperuricemia; Associated factors, Non-communicable diseases, Primary care unit

* Medical Physician, Practitioner Level, Department of Social Medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

** Medical Physician, Senior Professional Level, Department of Social Medicine,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

*** Assistant Professor, School of Community Health Nursing, Institute of Nursing,
Suranaree University of Technology

^a Corresponding author: Thanakamon Leesri Email : thanakamon@sut.ac.th

Received: Feb. 1, 22; Revised: Feb. 17, 22; Accepted: Feb. 17, 22; Published Online: Mar. 19, 22

บทนำ

ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง (Hyperuricemia) คือ ภาวะที่มีระดับของกรดยูริกในเลือดสูงกว่าปกติ โดยมีระดับของกรดยูริกมากกว่าหรือเท่ากับ 7.0 mg/dl ในเพศชาย และ 6.0 mg/dl ในเพศหญิง⁽¹⁾ ถ้าหากมีความผิดปกติทั้งการสร้างกรดของยูริกที่เพิ่มขึ้น และการขับกรดของยูริกที่น้อยลง ก็จะทำให้เกิดภาวะกรดยูริกสูงในกระแสเลือดได้⁽²⁾ สำหรับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงนั้นส่วนมากจะไม่มีอาการ แต่สามารถพบอาการผิดปกติได้ เช่น ข้ออักเสบเก๊าท์ (Gouty arthritis) และเกิดโรคหัวใจ⁽³⁾ นอกจากนี้ภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่มีความมากกว่าหรือเท่ากับ 6.8 mg/dl นั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคไตเสื่อม รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มอัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁻⁷⁾ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากตัวโรคที่เป็น และนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งตัวบุคคลและทรัพยากรการรักษา ที่จำเป็นต้องใช้ในอนาคตก

ความชุกของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงจากการศึกษาแบบ Systematic reviews ในปี 2015 ซึ่งได้ทำการศึกษาจาก 24 ประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบว่า ภูมิภาคที่มีความชุกสูงที่สุด คือภูมิภาคเอเชีย และประเทศไทยนั้นพบว่ามีความชุกอยู่ที่ 9-11%⁽⁸⁾ และแนวโน้มของผู้ป่วยนั้นจะสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ในส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะกรดยูริกในเลือดสูง จากการศึกษาของประชากรทั่วไปแถบจินตอนเหนือ และเขตปกครองมองโกเลียตอนใน พบว่าปัจจัยที่สำคัญ คือ เพศชาย อายุที่เพิ่มขึ้น ถิ่นที่อยู่อาศัย โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน ภาวะ Hypercholesterolemia ภาวะ Hypertriglyceridemia ภาวะ Impaired fasting glucose โรคไตเรื้อรัง (CKD) การดื่มแอลกอฮอล์ และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ⁽⁹⁾ ส่วนประเทศไทยนั้นมีการศึกษาในประชากรทั่วไปในจังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่สำคัญ คือเพศชาย ภาวะอ้วน และการรับประทานอาหารที่มีพิวรีนสูง⁽¹⁰⁾

เนื่องจากรูปแบบการบริการของศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวเน้นการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก และจากการทบทวนเวชทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 30 คน พบผู้ป่วยที่มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ 10 คน และมีแนวโน้มจะสูงกว่าประชากรทั่วไป รวมถึงจากข้อมูลงานวิจัยข้างต้น จะเห็นว่าการศึกษปัจจัยภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีข้อมูลที่จำกัดในประเทศไทย โดยส่วนมากจะศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีการศึกษาส่วนน้อยที่ทำในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาส่วนใหญ่ทำในต่างประเทศ มีข้อมูลการศึกษาที่จำกัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์ของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและการดูแลรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic Study) ทำการสำรวจในบุคคลที่เข้ารับบริการทางสุขภาพโรคเรื้อรัง ณ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 โดยคำนวณขนาดตัวอย่างภายใต้

สมมุติฐานว่า ภาวะที่ $eGFR < 60$ mL/min/1.73m² ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูง⁽¹¹⁾ เท่ากับร้อยละ 27.9 และ ภาวะที่ $eGFR < 60$ mL/min/1.73m² ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะกรดยูริกในเลือดไม่สูง เท่ากับร้อยละ 7 กำหนดการทดสอบเป็น Two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (Significance) ที่ 5% และ power = 80% กำหนดสัดส่วนผู้มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงและไม่สูงเป็น 1:2 คำนวณเพื่อข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 172 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูง 52 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะกรดยูริกในเลือดไม่สูง 120 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. บุคคลที่ทำการศึกษาผลเลือดสุขภาพประจำปีภายใน 1 ปีก่อนเก็บข้อมูล
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. สมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. บุคคลที่กำลังรักษาด้วยยาลดกรดยูริกสูงอยู่ หรือเคยได้รับการรักษามาก่อนหน้าเป็นระยะเวลา 1 ปี
2. บุคคลที่มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงและมีอาการ เช่น ข้ออักเสบเก๊าท์ โรคนิ่วในไต
3. มีความประสงค์จะออกจากการศึกษาเนื่องจากเหตุผลวิสัย
4. บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออกหรือไม่สามารถเขียนข้อความได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของประชากร ประกอบไปด้วย อายุ น้ำหนัก เพศ สถานภาพ าศาสนา การศึกษา อาชีพ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีสารพิวรีนสูงเป็นประจำ⁽¹²⁾ (เครื่องดื่มในสัตว์ อาหารทะเล เป็ด ไก่ ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ น้ำซุบ)

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มประชากร ได้แก่ โรคประจำตัว ยาประจำตัว ระดับความดันโลหิต ผลตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบไปด้วยระดับกรดยูริกในเลือด (Uric acid) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะดื่มน้ำดอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ระดับ Creatine ระดับ ALT ระดับไขมันในเลือด (LDL-C) ระดับของ ASCVD Risk ได้จากการคำนวณผ่าน Thai CV Risk Score⁽¹³⁾

ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ เพื่อแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical data) และใช้สถิติ Independent t-test ในกรณีที่ข้อมูลเชิงปริมาณ (Continuous data) ทำการวิเคราะห์ Univariate analysis และ Multivariate analysis โดยใช้ Binary Logistic Regression ด้วยวิธี Forward : Likelihood ratio นำเสนอเป็นค่า Odds Ratios (95% CI) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามหนังสือรับรองเลขที่ 015/2564 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงและขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อน มีการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร แบบสอบถาม

มีการปกปิดรายชื่อรวมถึงหมายเลขเวชระเบียนของผู้เข้าร่วมวิจัย (Hospital Number: HN) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจกลุ่มตัวอย่าง สามารถสอบถามผู้วิจัยได้เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลที่เก็บไว้ผู้วิจัยจะทำลายทั้งหมด ภายหลังเก็บข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 172 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.6) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 60.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.6) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 58.1) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 49.4) ดื่มสุรา (ร้อยละ 5.8) และการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 9.3) ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 61) รวมถึงมีการรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เป็ด ไก่ ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ น้ำซूप เป็นประจำ (ร้อยละ 38.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n=172)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	66	38.4
	หญิง	106	61.6
อายุ (ปี) mean±SD=63.10±9.79	≤ 60 ปี	68	39.5
	> 60 ปี	104	60.5
สถานภาพ	โสด	25	14.5
	สมรส	112	65.2
	หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	35	20.3
ศาสนา	พุทธ	149	86.6
	อิสลามและอื่นๆ	23	13.4
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	2.9
	ประถมศึกษา	100	58.1
	มัธยมศึกษา	27	15.7
	อนุปริญญา/ปวส.	17	9.9
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	23	13.4
การประกอบอาชีพ	รับจ้าง	38	22.1
	ค้าขาย	29	16.9
	เกษตรกร	6	3.5
	ข้าราชการ	14	8.1
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	85	49.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n=172)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การดื่มสุรา	ดื่ม	10	5.8
	ไม่ดื่ม	162	94.2
การสูบบุหรี่	สูบ	16	9.3
	ไม่สูบ	156	90.7
การออกกำลังกายเป็นประจำ	ใช่	67	39
	ไม่ใช่	105	61
รับประทานอาหารประเภท	ใช่	66	38.4
เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เป็ด ไก่	ไม่ใช่	106	61.6
ชอบ กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ น้ำซูป เป็นประจำ			

2. ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย

จากข้อมูลทางสุขภาพผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนมากมีดัชนีมวลกายที่ ≥ 25 กก./ม² (ร้อยละ 56.9) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.9) และ (ร้อยละ 86.0) ตามลำดับ มีการใช้ยาในกลุ่ม Hydrochlorothiazide (ร้อยละ 12.2) ส่วนใหญ่ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี (ร้อยละ 62.2) และจากข้อมูลทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด LDL-C ได้ดี (ร้อยละ 82.6) และ (ร้อยละ 62.2) ตามลำดับ มีระดับ Creatinine ปกติ (ร้อยละ 90.1) มีระดับ ALT ปกติ (ร้อยละ 66.3) และมี Thai CV Risk Score มากกว่าหรือเท่ากับ 10 เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 57.6) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย (n=172)

ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	mean±SD=25.74±0.322		
	< 25 กก./ม ²	74	43.1
	≥ 25 กก./ม ²	98	56.9
โรคประจำตัว	โรคเบาหวานชนิดที่ 2	74	43.0
	โรคไขมันในเลือดสูง	148	86.0
	โรคความดันโลหิตสูง	158	91.9
	โรคไตวายเรื้อรัง	20	11.6

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย (n=172)

ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้ยากลุ่ม			
Hydrochlorothiazide (HCTZ)	ใช้	21	12.2
	ไม่ใช้	151	87.8
ระดับความดันโลหิต	< 140/90 mmHg	65	37.8
	≥ 140/90 mmHg	107	62.2
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (mg/dL)	mean±SD=126.65±2.73		
ระดับไขมันในเลือด LDL-C (mg/dL)	mean±SD=118.47±3.03		
ระดับ Creatinine (ค่าปกติ 0.7-1.2 mg/dl)	ปกติ	155	90.1
	สูง	17	9.9
ระดับ ALT (ค่าปกติ ชาย ≤ 33 หญิง ≤ 25U/DL)	ปกติ	114	66.3
	สูง	58	33.7
Thai CV Risk Score	< 10 %	73	42.4
	≥ 10 %	99	57.6

3. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ

เมื่อนำข้อมูลปัจจัยต่างๆ มาวิเคราะห์แบบ Binary logistic regression analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เป็ด ไก่ ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ น้ำซุ๊ป เป็นประจำ (P=0.007), โรคประจำตัวเป็นโรคไตวายเรื้อรัง (p=0.001), การควบคุมระดับความดันโลหิตที่ไม่ดี (P<0.001), Thai CV Risk Score≥10 % (p=0.043) และ ระดับ Creatinine ที่สูง (p=0.010) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ

ปัจจัย	ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง		p-value
	มี (n=52)	ไม่มี (n=120)	
เพศ			
ชาย	21 (40.4)	45 (37.5)	0.721
หญิง	31 (59.6)	75 (62.5)	
อายุ			
> 60 ปี	35 (67.3)	69 (57.5)	0.228
≤ 60 ปี	17 (32.7)	51 (42.5)	

ตารางที่ 3 (ต่อ) ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ

ปัจจัย	ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง		p-value
	มี (n=52)	ไม่มี (n=120)	
สถานภาพ			
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	18 (34.6)	42 (35.0)	0.961
สมรส	34 (65.4)	78 (65.0)	
ศาสนา			
อิสลาม และอื่นๆ	8 (15.4)	15 (12.5)	0.610
พุทธ	44 (84.6)	105 (87.5)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	39 (75.0)	93 (77.5)	0.722
สูงกว่ามัธยมศึกษา	13 (25.0)	27 (22.5)	
การประกอบอาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29 (55.8)	56 (46.7)	0.274
ประกอบอาชีพ	23 (44.2)	64 (53.3)	
ดื่มสุรา			
ดื่ม	2 (3.8)	8 (6.7)	0.473
ไม่ดื่ม	50 (96.2)	112 (93.3)	
สูบบุหรี่			
สูบ	3 (5.8)	13 (10.8)	0.302
ไม่สูบ	49 (94.2)	107 (89.2)	
การออกกำลังกายเป็นประจำ			
ไม่ใช่	31 (59.6)	74 (61.7)	0.800
ใช่	21 (40.4)	46 (38.3)	
รับประทานอาหารประเภท			
เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เป็ด ไก่			
ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่ว			
เหลือง ถั่วดำ น้ำซุบ เป็นประจำ			
ใช่	28 (53.8)	38 (31.7)	0.007*
ไม่ใช่	24 (46.2)	82 (68.3)	
ดัชนีมวลกาย			
≥ 25 กก/ม ²	32 (61.5)	66 (55.0)	0.427
< 25 กก/ม ²	20 (38.5)	54 (45.0)	

ตารางที่ 3 (ต่อ) ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ

ปัจจัย	ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง		p-value
	มี (n=52)	ไม่มี (n=120)	
โรคประจำตัว			
โรคเบาหวานชนิดที่ 2	26 (50.0)	48 (40.0)	0.225
โรคไขมันในเลือดสูง	49 (94.2)	99 (82.5)	0.053
โรคความดันโลหิตสูง	49 (94.2)	109 (90.8)	0.458
โรคไตวายเรื้อรัง	13 (25.0)	7 (5.8)	0.001*
การใช้ยา			
Hydrochlorothiazide			0.184
ใช้	9 (17.3)	12 (10.0)	
ไม่ใช้	43 (82.7)	108 (90.0)	
ระดับความดันโลหิต			<0.001*
≥ 140/90 mmHg	48 (92.3)	59 (49.2)	
< 140/90 mmHg	4 (7.7)	61 (50.8)	
ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร (mg/dL)	126.19±3.87	126.85±3.54	0.455
ระดับไขมันในเลือด LDL-C (mg/dL)	115.78±4.40	119.63±3.91	0.281
ระดับ Creatinine			
สูง	10 (19.2)	7 (5.8)	0.010*
ปกติ	42 (80.8)	113 (94.2)	
ระดับ ALT			
สูง	19 (36.5)	39 (32.5)	0.607
ปกติ	33 (63.5)	81 (67.5)	
Thai CV Risk Score (%)			
≥ 10 % (สูง)	36 (69.2)	63 (52.5)	0.043*
< 10 %	16 (30.8)	57 (47.5)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้คัดเลือกปัจจัยที่มีค่า p-value<0.2 จากการวิเคราะห์แบบ Binary logistic regression analysis พบว่า การรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เป็ด ไก่ ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ น้ำซूप เป็นประจำ, โรคประจำตัวเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง (BP > 140/90 mmHg) ส่งผลต่อภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Adjusted OR เท่ากับ 3.37 (95% CI=1.54-7.38), 4.46 (95% CI=0.46-13.60), 11.48 (95% CI=3.77-34.94) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 Multiple logistic regression ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ

ปัจจัย	Adjusted OR	(95% CI)	p-value
รับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์			
อาหารทะเล เป็ด ไก่ ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ น้ำซุบ เป็นประจำ	3.37	(1.54, 7.38)	0.002*
โรคประจำตัวไตวายเรื้อรัง	4.46	(1.46, 13.60)	0.009*
BP > 140/90 mmHg	11.48	(3.77, 34.94)	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลพบว่าการรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เป็ด ไก่ ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ น้ำซุบ เป็นประจำ ส่งผลต่อภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอมร เปรมกมลและคณะ⁽¹⁰⁾ อธิบายได้จากการรับประทานอาหารประเภทดังกล่าวจะมีการดูดซึมสารอาหารประเภทพิวรีน (Purine) ในระบบทางเดินอาหารมากขึ้น ทำให้ระดับของสารพิวรีนในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสารตั้งต้นในการสร้างกรดยูริก (Uric acid) เพิ่มขึ้น และเกิดภาวะกรดยูริกในเลือดสูงตามมา^(14,15) ปัจจัยด้านสถานภาพ ศาสนา การศึกษา การประกอบอาชีพ การออกกำลังกายเป็นประจำไม่พบว่าส่งผลต่อภาวะกรดยูริกในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาหลายแห่ง^(16,17) แต่ปัจจัยทางเพศ และอายุนั้น ไม่พบมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจากการศึกษาของ อมร เปรมกมล⁽¹⁰⁾ พบว่าเพศชายพบภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของ Vitool Lohsoonthorn⁽¹⁶⁾ พบว่าช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นส่งผลต่อภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะลักษณะกลุ่มประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด รวมถึงลักษณะภูมิภาคของประชากรนั้นมีความแตกต่างกัน และในกลุ่มอายุที่เข้ามาศึกษาส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปต่างจากข้อมูลวิจัยดังกล่าวที่จะมีช่วงอายุ 30-59 ปีเป็นส่วนมาก ส่วนของการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ไม่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Simeon-Pierre Choukem⁽¹¹⁾ ที่ทำในกลุ่มประชากรโรคเบาหวาน อาจเป็นเพราะร้อยละของประชากรที่มีการสูบบุหรี่และการดื่มเหล้า นั้นมีความแตกต่างกันมาก โดยในการศึกษาดังกล่าวนั้นมีประชากรดื่มสุราและสูบบุหรี่ สูงถึงร้อยละ 73 และ 46.1 ตามลำดับ ต่างจากในวิจัยนี้ที่มีประชากรดื่มสุราและสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 5.8 และ 9.3 ตามลำดับ

จากข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยพบว่าโรคประจำตัวโรคไตวายเรื้อรังส่งผลต่อภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^(9,18) อธิบายได้จากโรคไตวายเรื้อรังจะส่งผลให้ค่าการกรองของไต (Glomerular filtration rate : GFR) ลดลงส่งผลให้การขับกรดยูริกออกจากร่างกายลดลง และทำให้เกิดภาวะกรดยูริกในเลือดสูงตามมา^(14,19) แต่โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

และโรคเบาหวานไม่พบนัยสำคัญทางสถิติเหมือนการศึกษาของ Ling qiu⁽⁹⁾ และ Hyemin jeong⁽²⁰⁾ ซึ่งมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน โดยทั้ง 2 งานวิจัยจะศึกษาในบุคคลทั่วไปและมีการศึกษาในประชากรจำนวนมาก คือ 5,887 คน และ 29,639 คนตามลำดับ ในส่วนของดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.² ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติซึ่งต่างจากการศึกษาของ อมล เปรมกมล⁽¹⁰⁾ และ Vitool Lohsoonthorn⁽¹⁶⁾ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะเพศชาย เนื่องจากกลุ่มข้อมูลในการศึกษาดังกล่าวจะมีสัดส่วนประชากรที่มีดัชนีมวลกาย < 25 กก./ม.² เป็นส่วนมากเช่นเดียวกับการใช้ยาในกลุ่ม Hydrochlorothiazide ซึ่งจัดเป็นยาในกลุ่ม Thiazide-like diuretics ซึ่งนำมาใช้ในการลดความดันโลหิตสูง⁽²¹⁾ โดยมีการศึกษาว่าสามารถพบผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะ Hyperuricemia^(22,23) แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ อาจจะเป็นเพราะแพทย์ผู้ตรวจรักษาทราบถึงผลข้างเคียงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะยูริกสูงที่ไม่มีอาการอยู่เดิม จะไม่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดนี้ หรือถ้าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าวจะต้องไม่มีภาวะภาวะยูริกสูงที่ไม่มีอาการ

ในส่วนของระดับความดันโลหิตที่สูง $\geq 140/90$ mm Hg นั้นส่งผลต่อภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ Mazzali M⁽²⁴⁾ ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงกับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและระดับไขมันในเลือดนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^(11,18,25) สำหรับระดับ Creatinine และระดับ ALT ที่เพิ่มขึ้นนั้นไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติต่างจากการศึกษาของ Qun Ni⁽²⁵⁾ และ Shuang Chen⁽²⁶⁾ เนื่องจากทั้ง 2 การศึกษานั้นศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปเป็นหลัก และระดับ Thai CV Risk Score ไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแสดงผลการประเมินเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรคเส้นเลือดหัวใจและสมองตีบตันในระยะเวลาสิบปีข้างหน้า⁽¹³⁾ แต่มีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญหากมีประชากรที่ศึกษาเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Min Li⁽⁵⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีการตรวจพบกรดยูริกสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการศึกษาปัจจัยที่มีความครอบคลุมและหลากหลายทั้งข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากมีการนำไปศึกษากับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นก็สามารถประยุกต์ใช้ได้เช่นกัน รวมถึงการเลือกประชากรในชุมชนที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ได้ข้อมูลในชุมชนนั้นๆ จริง

ส่วนข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิเดียว ทำให้ผลการศึกษาไม่อาจนำไปใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดซึ่งแต่ละหน่วยนั้นมีบริบทที่ต่างกันไป รวมถึงระยะเวลาในการศึกษาค่อนข้างสั้นและเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 2019 ในช่วงเวลาที่ศึกษา ทำให้จำนวนผู้เข้ารับบริการนั้นลดลง ทำให้ได้ข้อมูลไม่มากพอเท่ากับหลายการศึกษาที่ผ่านมา

สรุป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่ไม่มีอาการ คือ การรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เบ็ด ไก่ ชะอม กระถิน ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ น้ำซุบ เป็นประจำ โรคประจำตัวเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง (BP>140/90 mmHg) ความเข้าใจและการตระหนักในปัจจัยเหล่านี้ จะทำให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีการตรวจติดตามระดับกรดยูริกในเลือดแก่บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้ความรู้ คำแนะนำ และการป้องกันแก่บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงให้มีการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะ

หากทำการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต อาจออกแบบการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิหลายๆ แห่ง พร้อมกัน (Multicenter study) มีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทปฐมภูมิที่กว้างขึ้น อาจทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ให้สามารถหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเป็นเหตุและผลได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น (Causal relationship) รวมถึงมีการศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงในแต่ละปัจจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคณาจารย์กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่ให้คำปรึกษาตลอดการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเกาต์ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 27]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-Gout.pdf>
2. Koopman WJ, Moreland LW, editors. Arthritis and Allied Conditions: A Textbook of Rheumatology, 15th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
3. American College of Rheumatology. Guideline for the Management of Gout [Internet]. 2020 [Cited 2021 January 27]. Available from: <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/Gout-Guideline-Early-View-2020.pdf?fbclid=IwAR0ywDhiCk2pHXMRBc32QXwm3gR7P0uu0dogDDRdo1jA4xDI81LWYbkHBJk>
4. Kim SY, Guevara JP, Kim KM, Choi HK, Heitjan DF, Albert DA. Hyperuricemia and Risk of Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arthritis Rheum.*2009;61(7):885–92.
5. Li M, Hu X, Fan Y, Li K, Zhang X, Hou W, et al. Hyperuricemia and the risk for coronary heart disease morbidity and mortality : A systematic review and dose-response meta-analysis. *Sci Rep.*2016;6:19520.

6. Li L, Yang C, Zhao Y, Zeng X, Liu F, Fu P. Is hyperuricemia an independent risk factor for new-onset chronic kidney disease? a systematic review and meta-analysis based on observational cohort studies. *BMC Nephrology*.2014;15:122.
7. Zhao G, Huang L, Song M, Song Y. Baseline serum uric acid level as a predictor of cardiovascular disease related mortality and all-cause mortality: A meta-analysis of prospective studies. *Atherosclerosis Journal*.2013;231:61-8.
8. Smith E, March L. Global Prevalence of Hyperuricemia: A Systematic Review of Population-Based Epidemiological Studies [Internet]. 2015 [Cited 2021 January 27]. Available from: <https://acrabstracts.org/abstract/global-prevalence-of-hyperuricemia-a-systematic-review-of-population-based-epidemiological-studies>.
9. Qiu L, Cheng XQ, Wu J, Liu JT, Xu T, Ding HT, et al. Prevalence of hyperuricemia and its related risk factors in healthy adults from Northern and Northeastern Chinese provinces. *BMC Public Health*.2013;13:664.
10. อมร เปรมกมล, ฐานพัฒน์ ติฐสถาพรเจริญ, บังอรศรี จินดาวงศ์, นภาพร ครุสันต์, ปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์. ความชุกของภาวะกรดยูริกในเลือดสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประชากรในเขตชนบท จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*.2554;26(1):41-7.
11. Choukem SP, Mengue JA, Doualla MS, Donfack OT, Beyiha G, Luma HN. Hyperuricemia in patients with type 2 diabetes in a tertiary healthcare center in sub-Saharan Africa: prevalence and determinants. *Trop Doct*. 2016;46(4):216-21.
12. Schlesinger N. Dietary Factors and Hyperuricemia. *Current Pharmaceutical Design*, 2005;11:4133-8.
13. ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. Thai CV Risk score [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 27]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/th/news/announcement/07152015-1310-th>
14. Benn CL, Dua P, Gurrell R, Loudon P, Pike A, Storer RI, et al. Physiology of Hyperuricemia and Urate-Lowering Treatments. *Front Med (Lausanne)*.2018;5:160
15. Aihemaitijiang S, Zhang Y, Zhang L, Yang J, Ye C, Halimulati M, et al. The Association between Purine-Rich Food Intake and Hyperuricemia: A Cross-Sectional Study in Chinese Adult Residents. *Nutrients*. 2020;12(12):3835.
16. Lohsoonthorn V, Dhanamun B, Williams MA. Prevalence of hyperuricemia and its relationship with metabolic syndrome in Thai adults receiving annual health exams. *Arch Med Res*.2006;37(7):883-9.
17. Ali A, Shaikh KR, Shaikh S, Memon S, Siddiqui SS, Hingoro S. Hyperuricemia: Gender and Religion Based Clinical Observations. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*.2021;15(4):813-5.

18. Huang XB, Zhang WO, Tang WW, Liu Y, Ning Y, Huang C, et al. Prevalence and associated factors of hyperuricemia among urban adults aged 35–79 years in southwestern China: a community-based cross-sectional study. *Scientific Reports*.2020;10:15683.
19. Lee TH, Chen JJ, Wu CY, Yang CW, Yang HY. Hyperuricemia and Progression of Chronic Kidney Disease: A Review from Physiology and Pathogenesis to the Role of Urate-Lowering Therapy. *Diagnostics (Basel)*.2021;11(9):1674
20. Jeong H, Moon JE, Jeon CH. Hyperuricemia is Associated with an Increased Prevalence of Metabolic Syndrome in a General Population and a Decreased Prevalence of Diabetes in Men. *Journal of Rheumatic Diseases*.2020;27:4
21. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 27]. เข้าถึงได้จาก<https://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>
22. Raja R, Kavita F, Amreek F, Shah A, Sayeed KA, Seha A. Hyperuricemia Associated with Thiazide Diuretics in Hypertensive Adults. *Cureus*.2019;11(8):5457.
23. Vandell AG, McDonough CW, Gong Y, Langae TY, Lucas AM, Chapman AB, et al. Hydrochlorothiazide-induced hyperuricemia in the Pharmacogenomic Evaluation of Antihypertensive Responses (PEAR) study. *J Intern Med*. 2014;276(5):486-97.
24. Mazzali M, Kanellis J, Han L, Feng L, Xia YY, Chen Q, et al. Hyperuricemia induces a primary renal arteriolopathy in rats by a blood pressure independent mechanism. *Am J Renal Physiol*.2002;282:F991–7
25. Ni O, Lu X, Chen C, Du H, Zhang R. Risk factors for the development of hyperuricemia A STROBE-compliant cross-sectional and longitudinal study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(42):e17597.
26. Chen S, Guo X, Yu S, Sun G, Yang H, Li Z, et al. Association between Serum Uric Acid and Elevated Alanine Aminotransferase in the General Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(9):841.

ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ

เมธาวี หวังขาลาบวร, พ.บ.*, ศรัณย์ วีระเมธัชชัย, พ.บ.** , ธนกมล ลิศรี, Ph.D.***^a

บทคัดย่อ

การศึกษากาตดัขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและกลุ่มอาการสำคัญของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มผู้ป่วยตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยืนยันผลด้วย PCR จากฐานข้อมูลจาก 4 รูปแบบการกักตัวได้แก่ รพ. สระบุรี รพ. สนาม Hospital และ HI & CI ในช่วง 1 กรกฎาคม 2020-31 สิงหาคม 2021 เพื่อเก็บข้อมูลภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ผ่านทางโทรศัพท์ ในช่วงเวลา 16 พฤศจิกายน 2021-22 ธันวาคม และแบบประกอบการสัมภาษณ์ ได้แก่แบบประเมิน mMRC, Fatigue Severity Score (FFS) ฉบับภาษาไทย ($\alpha=0.88$) แบบประเมินภาวะเมื่อยล้าภายหลังจากทำกิจกรรม (Post-Exertional Malaise, PEM) ($\alpha=0.82$) และแบบสอบถามรายการผู้ป่วยรายบุคคล

ผลการศึกษา พบผู้ป่วยจำนวน 202 คน มีความชุกภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 64.87 อาการที่บ่อย คือ ผม่ว (32.53%) ภาวะ PEM (32.02%) อาการหายใจลำบาก (21.59%) อาการเหนื่อยล้า (16.46%) และอาการนอนไม่หลับ (13.77%) เพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ($p<0.001$) และมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการผม่ว ($p<0.001$) ความรุนแรงของอาการขณะติดเชื้อ ($p=0.004$) และโรคเบาหวาน ($p=0.012$) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก

คำสำคัญ: ภาวะหลังติดเชื้อ; โควิดระยะยาว; โควิด-19; ความชุก

* นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลสระบุรี

** นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a ผู้เขียนหลัก ธนกมล ลิศรี Email : thanakamon@sut.ac.th

รับบทความ: 2 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 28 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 19 มี.ค. 65

Prevalence of Post COVID-19 Conditions in SARS-CoV-2 Infected Patients at 3-month telephone follow-up

Maethawee Wangchalabovorn, MD^{*}, Saran Weerametachai, MD^{**},
Thanakamon Leesri, Ph.D.^{***a}

Abstract

The objectives of this analytical cross-sectional study were to study the prevalence of post COVID-19 conditions in patients diagnosed with SARS-CoV-2 infection and factors associated with the post COVID-19 conditions. The samples were randomly selected from 1,593 patients from Saraburi COVID-19 Healthcare Network quarantines consisted of Saraburi general hospital, a field hospital, hospitals, and home and community-based isolation (HI & CI) between July 1 and August 31, 2021. The sample were those who had at least of 3 months prior history of confirmed SARS-CoV-2 infection using proportional sampling techniques yield the sample size of 202 patients. The samples were clinically observed via tele-follow-up between November 15 and December 22, 2021 using structured interviews including Fatigue Severity Scale (FFS)-Thai version ($\alpha=0.88$), mMRC, and PEM screening questions ($\alpha=0.82$). The estimated prevalence was calculated in weighted proportion of male and female ratio of the total infected patients.

The results showed that, among the total of 202 SARS-CoV-2 infected patients, about half were females (50.5%). The samples showed the prevalence of post-COVID conditions of 64.87 percent. The most prevalent clinical symptoms were Alopecia (32.53%), post-exertional malaise (PEM) (32.02%), Dyspnea (21.59%), Fatigue (16.46%), and Insomnia (13.77%). Being females had a significant association with Alopecia ($p<0.001$) and post-COVID conditions ($p<0.001$). Severe clinical symptoms during acute infection ($p=0.004$) and diabetes mellitus ($p=0.012$) showed significant associations with dyspnea.

Keywords: Post-COVID; SARS-CoV-2; Long-COVID, Prevalence

^{*} Medical Physician, Practitioner level, Saraburi Hospital

^{**} Medical Physician, Professional level, Department of Social Medicine, Saraburi Hospital

^{***} Assistant Professor, School of Community Health Nursing, Institute of Nursing,
Suranaree University of Technology

^a Corresponding author: Thanakamon Leesri Email: thanakamon@sut.ac.th

Received: Feb. 2, 22; Revised: Feb. 28, 22; Accepted: Feb. 17, 22; Published Online: Mar. 19, 22

บทนำ

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นปัญหาสำคัญในหลายประเทศ ด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่า 240 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 4.9 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ จากข้อมูลกรมควบคุมโรค วันที่ 25 ตุลาคม 2564 ในประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ 1.82 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 19,500 คน ด้วยเหตุนี้ มาตรการป้องกันการควบคุมโรค และแนวทางการดูแลการติดเชื้อเฉียบพลันของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีการพัฒนาเพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ชนิดดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการจัดการอาการในระยะการติดเชื้อเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน⁽²⁾ ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ภาวะหลอดเลือดอุดตัน (thromboembolism) อาการไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ (Heart complications) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multi-organ failure) เป็นต้น การติดตามอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังการติดเชื้อพบว่า ในผู้ป่วยที่พ้นตัวจากการติดเชื้อแล้วจำนวนหนึ่งยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ลักษณะอาการหลงเหลือที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ไม่มีแรง อาการหายใจลำบาก อาการเสียการรับกลิ่นหรือรับรส ผอมร่าง อาการไอเรื้อรังมีเสมหะ⁽³⁻⁸⁾ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามชื่อเป็นภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 และกำหนดการวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis)⁽⁹⁾ ว่าภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 (Post COVID-19 conditions) เป็นภาวะที่พบในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มักพบโดยมาก 3 เดือนหลังจากช่วงการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน และต้องแสดงอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน กลุ่มอาการดังกล่าวอาจเป็นอาการใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากหายจากการโรคโควิด-19 แล้ว หรือเป็นอาการหลงเหลืออยู่เดิม แม้ผ่านช่วงพ้นตัวจากการติดเชื้อมาแล้ว

อาการภาวะเหนื่อยล้า-อ่อนเพลีย (Fatigue) และหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด สอดคล้องกันทั้งงานวิจัยทางตะวันตก⁽⁴⁻⁶⁾ และเอเชีย^(7,8,10,11) อาการที่พบมาก รองลงมา มีการแปรเปลี่ยนไปตามงานวิจัย ได้แก่ ภาวะเมื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม (Post-exertional malaise) สูญเสียสัมผัสการการไต่กลิ่นและการรับรส (Ageusia) และ อาการผอมร่าง (Alopecia) เป็นต้น โดยระบุความชุกของโรคหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลืออยู่อย่างน้อย 1 อาการ ในช่วงประมาณร้อยละ 34-76^(4-8,10,11)

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสถานการณ์แพร่ระบาดครั้งนี้ นอกเหนือจากความท้าทายในการรักษาคุณภาพการรักษาโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในช่วงสภาวะการณ์ที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด การให้ความรู้เรื่องตัวโรค รวมไปถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน และการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อและครอบครัวผู้ป่วยติดเชื้อแล้ว อีกหนึ่งหลักการสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัวที่จำเป็นต้องนำมาประยุกต์ใช้คือการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งในกรณีนี้คือการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ต่อเนื่อง ตั้งแต่ระหว่างการติดเชื้อเฉียบพลันไปจนถึงการติดตามภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19⁽¹²⁾

ด้วยแนวโน้ม อาการหลังการติดเชื้อที่สามารถคงเหลืออยู่มากกว่า 1 ปี กว่าร้อยละ 49⁽¹⁰⁾ ของผู้ติดเชื้อ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันและสังคม การทำความเข้าใจอาการที่หลงเหลือ (Persistent symptoms) ของภาวะหลังการติดเชื้อจึงมีความสำคัญ แต่ด้วยเพราะเป็นโรคอุบัติใหม่ มีข้อมูลการศึกษา

ที่จำกัด ส่วนใหญ่เป็นรายงานและการศึกษาในประเทศจีน ยังไม่มีการศึกษาเรื่องดังกล่าวในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงเห็นถึงเหตุผลและความจำเป็นในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในประเทศไทยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาความชุกภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 และกลุ่มอาการสำคัญของภาวะดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจรักษาเครือข่าย รพ. สระบุรี
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19

นิยามศัพท์

ภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ได้ถูกนิยามศัพท์เฉพาะไว้อย่างหลายชื่อ เช่น ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด (Post-COVID conditions), โรคหลังโควิดซินโดรม (Post-COVID syndrome), ลองโควิด (Long COVID หรือ Long-haul COVID), ภาวะหลังการติดเชื้อโควิดเฉียบพลัน (Post-acute COVID-19/Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2), ผลกระทบระยะยาวของภาวะโควิด (long-term effects of COVID), หรือ ภาวะโควิดเรื้อรัง (Chronic COVID)⁽³⁾ ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปสำหรับกลุ่มอาการสำคัญหลักเพื่อการตั้งเกณฑ์การวินิจฉัยที่แน่นอน เนื่องจากหลักการวินิจฉัยอาจมีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

ผู้วิจัยอ้างอิงนิยาม การวินิจฉัยทางคลินิก (Clinical diagnosis) จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ในฉันทมติเดลี ที่ออกในวันที่ 6 ตุลาคม 2564 ซึ่งกำหนดให้ใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เท่านั้น ดังนี้ ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 (Post COVID-19 conditions) เป็นภาวะที่พบในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มักพบโดยมาก 3 เดือนหลังจากช่วงการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน (Acute) และต้องแสดงกลุ่มอาการเป็นเวลอย่างน้อย 2 เดือน โดยอาการดังกล่าว เป็นอาการใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากหายจากการติดเชื้อโควิด-19 แล้ว หรือเป็นอาการคงเหลืออยู่เดิม แม้ผ่านช่วงฟื้นตัวจากการติดเชื้อมาแล้ว โดยอาการดังกล่าวไม่ควรเป็นภาวะดำเนินเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด-19 ฉับพลัน อ้างอิงจากหลักฐานการศึกษาในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ความชุกการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ไว้ที่ 10-20 %⁽⁹⁾

Hospital คือ โรงพยาบาลชั่วคราว หรือ โรงพยาบาลสนาม ใช้สถานที่เป็น โรงแรม เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรือผู้ป่วยที่มีอาการน้อย

ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี เครือข่ายการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รพ.สระบุรี มีระบบการคัดกรอง โดยอาศัยศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี เป็นศูนย์หลักในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเข้าได้กับโรคโควิด-19 และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยแล้ว โดยอาศัยฐานข้อมูลร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล (รพ.สต.) ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบรพ.สระบุรี ทำให้สามารถ นัดผู้ป่วยเข้ารับการคัดกรองที่ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษา ระบบดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อคัดกรองโรคในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และจำแนกสถานที่รักษาและกักตัวของผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรคโควิด-19 ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรีและบางส่วนที่แผนกฉุกเฉิน รพ.สระบุรี จะถูกจำแนกเพื่อกักตัวตามความรุนแรงของอาการทั้งหมด 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การกักตัวที่บ้านหรือชุมชน (Home and community-based isolation, HI & CI) 2) การกักตัวที่ รพ. สนาม 3) การกักตัวที่ Hospital และ 4) การกักตัวในรพ.สระบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ (Observational analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยืนยันผลติดเชื้อด้วยการทำ RT-PCR
- เข้ารับการรักษาในเครือข่ายรพ.สระบุรี ในช่วง 1 กรกฎาคม 2564 – 31 สิงหาคม 2564

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

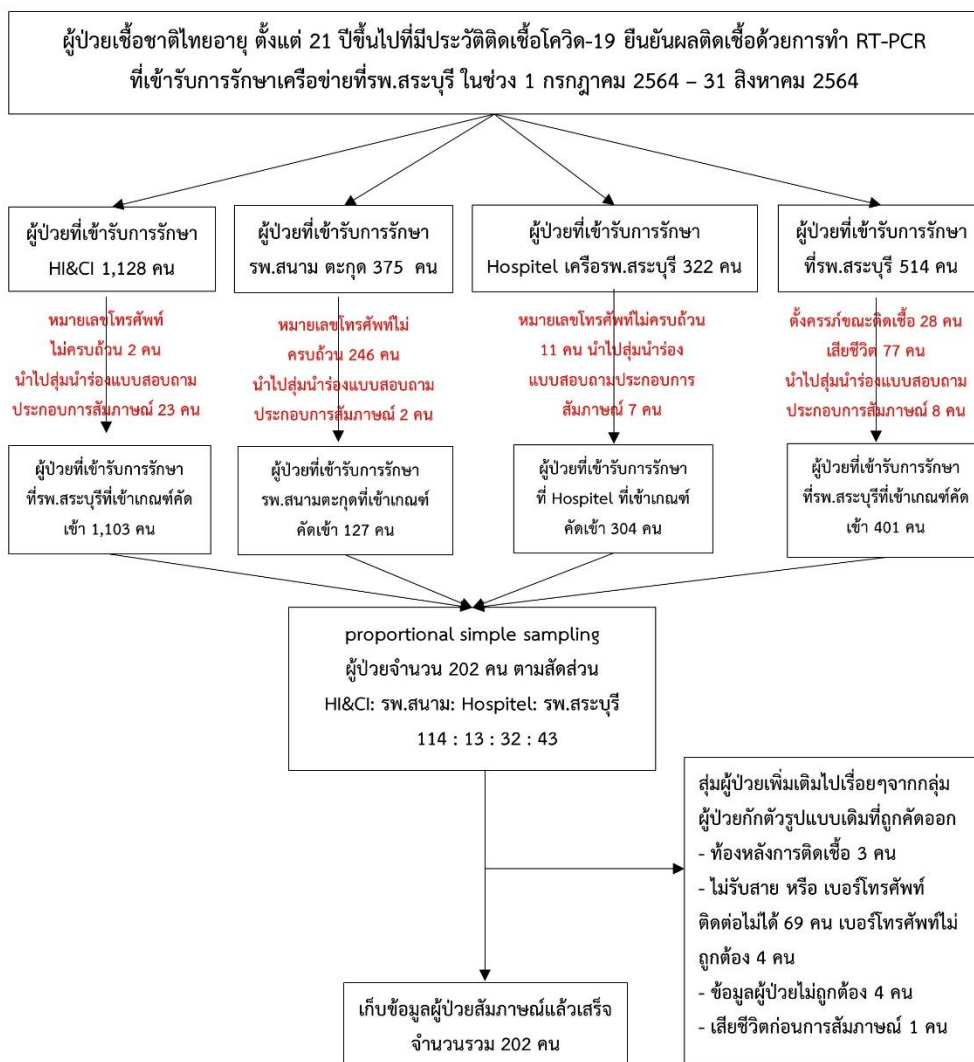
- ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ขณะติดเชื้อหรือภายหลังการติดเชื้อ
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้
- ผู้ป่วยไม่ประสงค์ให้สอบถามเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดออก
- ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้โดยใช้ โปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่างการศึกษา⁽¹³⁾ Application n4studies ด้วยวิธี estimation infinite population proportion โดยกำหนด proportion 15% (10-20%) Error 0.05, Alpha=0.05 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างที่จำเป็นต้องใช้เป็นอย่างน้อย 196 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิจารณาสุ่มตัวอย่างรายชื่อจากผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบมีสัดส่วน (Proportional simple random sampling) โดยเทียบสัดส่วนกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในฐานข้อมูลแต่ละรูปแบบการกักตัว รพ.สระบุรี รพ.สนาม Hospitel และ HI&CI จำนวน 202 คน คิดเป็นสัดส่วน HI & CI : รพ.สนาม : Hospitel : รพ.สระบุรี เป็น 113 : 13 : 32 : 43 คน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อนำมาเก็บข้อมูลภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ผ่านทางโทรศัพท์ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ผังงาน (Flowchart) ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เพื่อประกอบการสัมภาษณ์อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย

1. การถามอาการโดยรวม และข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินภาวะอาการเหนื่อยล้า Fatigue severity scale (FFS) ฉบับภาษาไทย⁽¹⁴⁾ (Cronbach's alpha=0.88) วินิจฉัยว่ามีอาการเหนื่อยล้า เมื่อคะแนนรวม ≥ 36
3. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก mMRC ฉบับภาษาไทย⁽¹⁵⁾

4. แบบประเมินภาวะเมื่อยล้าหลังจากทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน Post-exertional Malaise (PEM) ที่ได้รับการออกแบบจากนิยามแปลเป็นภาษาไทยโดยคณะผู้จัดทำ จากนิยามลักษณะอาการ PEM ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ⁽¹⁶⁾ ในผู้ป่วยกลุ่มอาการอ่อนล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue syndrome, CFS)

5. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม (2Q, 9Q)⁽¹⁷⁾

6. คำถามรายการอาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่พบบ่อย ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดสำหรับให้ผู้ป่วยรายงานอาการเพิ่มเติม

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินในข้อ 4 และ 6 โดยใช้ (IOC: Index of item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยกำหนดให้
IOC = ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา
 $\sum R$ = ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ข้อคำถามแต่ละข้อ ได้ค่า IOC = 0.67-1.0 ซึ่งมีความมากกว่า 0.5 ถือว่ามีความสอดคล้อง ภายหลังจากนั้นจึงทำการปรับสำนวนภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ภาวะเมื่อยล้าหลังจากทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Post-exertional malaise, PEM) โดยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับไปศึกษานำร่อง (Pilot study) ใช้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยติดเชื้อกลุ่มสู่มำร่องในสัดส่วนใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจริง จำนวน 33 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ดังสมการ

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right)$$

โดยกำหนดให้
 α = ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัด
K = จำนวนคำถามทั้งหมด
 σ_i^2 = ความแปรปรวนของข้อคำถามแต่ละข้อ
 σ_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha reliability coefficient = 0.8224

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในรูปแบบการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ในลักษณะการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) เพื่อสอบถามติดตามอาการทางโทรศัพท์ กรณีผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการสุ่มของแต่ละรายที่ไม่รับสายเกิน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 วัน ตัดสายหรือ ไม่สะดวกให้สัมภาษณ์ สุ่มผู้ป่วยใหม่จาก

ผู้ป่วยกลุ่มเดิมที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เมื่อได้ครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการแล้วยุติการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

2. ค้นหาข้อมูลประวัติการรักษา โรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ รพ.สระบุรี

3. บันทึกและตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการดำเนินการเพื่อให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.สระบุรี เลขที่หนังสือรับรอง EC035/2564 การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้รหัสแทนการใช้ชื่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่เป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น นอกจากนี้ ข้อมูลถูกเก็บไว้โดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติโดยใช้โปรแกรม Stata 16.0

ข้อมูลเชิงพรรณนา

- ข้อมูลระบุลักษณะนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ
- ข้อมูลต่อเนื่อง แจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) นำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD)

สถิติเชิงวิเคราะห์

- วิเคราะห์ค่าความชุกโดนการคำนวณสัดส่วนแบบถ่วงน้ำหนัก

$$P_{รวม} = \frac{(P_{ช} W_{ช}) + (P_{ญ} W_{ญ})}{W_{ช} + W_{ญ}}$$

P_n = ความชุกของแต่ละกลุ่มเพศ (ชาย หรือ หญิง)

W_n = ค่าน้ำหนักของแต่ละกลุ่มเพศ คัดจาก $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อทั้งหมดในกลุ่มเพศ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่มเพศ}}$

- ข้อมูลระบุลักษณะเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้ Fisher exact probability test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 1,935 คนจากทั้งหมด 2,339 คน สุ่มสัมภาษณ์ดังที่กล่าวเบื้องต้น เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์ทั้งหมด 202 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการสัมภาษณ์อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 (n=202)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	100 (49.50)
หญิง	102 (50.50)
อายุ (Mean $\pm$ SD)	45.53 $\pm$ 15.67
21-44	106 (52.48)
45-64	70 (34.65)
65 ขึ้นไป	26 (12.87)
BMI (Mean $\pm$ SD)	25.60 $\pm$ 5.28
18-24.99	106 (52.48)
25-29.99	63 (31.19)
≥ 30	33 (16.34)
โรคประจำตัว	
ความดันโลหิตสูง	45 (22.8)
เบาหวาน	23 (11.39)
โรคหัวใจ	4 (1.98)
โรคเส้นเลือดในสมอง	4 (1.98)
โรคต่อมไทรอยด์	5 (2.48)
หอบหืด	1 (0.50)
มะเร็ง	3 (1.49)
โรคอื่นๆ	4 (1.98)
ประวัติการรับวัคซีนก่อนการติดเชื้อ	
ไม่ได้ฉีดวัคซีน	144 (71.29)
ฉีด 1 เข็ม	41 (20.30)
ฉีดครบ 2 เข็ม	17 (8.42)
ความรุนแรงของการติดเชื้อ ⁽¹⁷⁾	
Mild	108 (53.47)
Moderate	73 (36.14)
Severe	21 (10.40)

จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทั้งหมด 202 คน พบมีอาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อย 1 อาการ 123 คน (60.8%) อาการโดยรวมตามความรู้สึกของผู้ป่วยพบว่า รู้สึกอาการปกติเหมือนก่อนการติดเชื้อ 117 คน (57.92%) อาการดีขึ้นกว่าช่วงเวลาที่ติดเชื้อแต่ไม่เท่าก่อนการติดเชื้อ 83 คน (41.09%) และ อาการแย่กว่าช่วงก่อนการติดเชื้อ 2 คน (0.99%) อาการสำคัญที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ภาวะเมื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม (PEM) 64 คน (32.28%) อาการผรุ้ง 62 คน (30.69%) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) 43 คน (21.29%) อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) 34 คน (16.83%) อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) 27 คน (13.77%) และอาการอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีอาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อย 1 อาการ จำนวน 123 คน เข้ารับบริการสถานพยาบาลเพื่อปรึกษาอาการโดยเฉพาะ 5 คน (4.07%) อีกจำนวน 118 คน (95.93%) เลือกไม่เข้ารับบริการสถานพยาบาลเพื่อปรึกษาอาการเนื่องจากเหตุผลดังนี้ รู้สึกเหมือนไม่มีอาการ 11 คน (8.94%) รู้สึกมีอาการเพียงเล็กน้อย 89 คน (72.36%) รอนัดพบแพทย์ประจำตัว 12 คน (9.76%) ซื้อมาตามร้านขายยาเพื่อปรึกษาอาการ 2 คน (1.63%) ไม่สะดวกเนื่องจากติดภาระงาน 4 คน (3.25%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่พบ และร้อยละของอาการที่พบต่อจำนวนผู้ป่วย

ลักษณะอาการที่พบ	จำนวน (ร้อยละ)
อาการอยากอาหารลดลง (Anorexia)	22 (10.89)
อาการท้องเสียถ่ายเหลว (Diarrhea)	9 (4.46)
อาการเสียการรับรส (Ageusia)	5 (2.48)
อาการผรุ้ง (Alopecia)	62 (30.69)
อาการนอนไม่หลับ (Insomnia)	27 (13.37)
มีปัญหาเรื่องความจำ (Memories issue)	6 (2.97)
มีไข้เป็นช่วงๆ (Intermittent fever)	2 (0.99)
กลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive disorder)	1 (0.5)
หงุดหงิดง่าย (Irritable mood)	3 (1.49)
อาการปวดศีรษะ (Headache)	4 (1.98)
มีอาการอย่างน้อย 1 อย่าง	123 (60.89)
อาการอ่อนเพลีย (Fatigue)	34 (16.83)
อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)	43 (21.29)
ภาวะเมื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม (PEM)	64 (31.68)
อาการเจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain)	8 (3.96)
อาการใจสั่น (palpitation)	19 (9.41)
อาการไอบ่อย (Cough)	17 (8.42)
- ไอแห้งๆ	14 (6.93)
- ไอมีเสมหะ	3 (1.49)

ตารางที่ 2 (ต่อ) อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่พบ และร้อยละของอาการที่พบต่อจำนวนผู้ป่วย

ลักษณะอาการที่พบ	จำนวน (ร้อยละ)
อาการขับเสมหะมากขึ้น (Expectoration)	13 (6.44)
อาการปวดตามข้อ (arthralgia)	25 (12.38)
การได้รับกลิ่นผิดปกติ (smelling disorder)	7 (3.47)
- สูญเสียการรับกลิ่น (Anosmia)	3 (1.49)
- การรับกลิ่นลดน้อยลง (Hyposmia)	2 (0.99)
- การรับผิดแปลกไป (Dyssomnia)	3 (1.49)

ปัจจัยที่ผลต่อการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19

เมื่อนำอาการผู้ป่วยที่มีอาการมาแยกตามปัจจัย เพศ ความรุนแรงของการติดเชื้อ ประวัติการฉีดวัคซีนก่อนการติดเชื้อ พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) MMRC ≥ 1 หลังการติดเชื้อโควิด 19 เมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ WHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 แยกตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย

เพศ		ความรุนแรงของโรค ตามเกณฑ์ WHO		น้ำหนัก เกิน เกณฑ์	เบาหวาน	ประวัติการรับ วัคซีนก่อน การติดเชื้อ	
ชาย n=100	หญิง n=102	Mild- moderate n=181	Severe n=21	BMI>25 n=96	n=23	ไม่ได้ รับ n=144	≥1เข็ม n=58
อาการอย่างน้อย1 อาการ							
มี	53	76	107	16	62	13	88
n=123(60.89)	(53)	(74.51)	(59.12)	(76.19)	(64.58)	(56.52)	(61.11)
ไม่มี	47	26	74	5	34	10	56
n=79(39.11)	(47)	(25.49)	(40.88)	(23.81)	(35.42)	(43.48)	(38.89)
P-value	<0.001		0.160		0.316	0.656	1.000
อาการอ่อนเพลีย(Fatigue) FFS≥36 mean+- SD 20.11+-12.06							
มี n=34(16.8)	16	18	31	3	16	3	25
	(16)	(16.83)	(17.13)	(14.29)	(16.67)	(13.04)	(17.36)
ไม่มี	84	84	150	18	80	20	119
n=168(83.17)	(84)	(82.35)	(82.87)	(85.71)	(83.33)	(86.96)	(82.64)
P-value	0.851		1.000		1.000	0.772	0.837

ตารางที่ 3 (ต่อ) อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 แยกตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย

	เพศ		ความรุนแรงของโรค ตามเกณฑ์ WHO		น้ำหนัก เกิน เกณฑ์	เบาหวาน	ประวัติการรับ วัคซีนก่อน การติดเชื้อ	
	ชาย n=100	หญิง n=102	Mild- moderate n=181	Severe n=21	BMI>25 n=96	n=23	ไม่ได้รับ n=144	≥1เข็ม n=58
อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) MMRC≥1								
มี	18	25	33	10	24	10	36	7
n=43(21.29)	(118)	(24.51)	(18.23)	(47.62)	(25)	(43.48)	(25)	(12)
ไม่มี	82	77	148	11	72	13	108	51
n=159(78.71)	(82)	(75.49)	(81.77)	(52.38)	(75)	(56.52)	(75)	(87.93)
P-value	0.304		0.004**		0.233	0.012	0.056	
ภาวะเมื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม Post-exertional malaise (PEM)								
มี	28	36	56	8	32	7	51	13
n=64(31.28)	(28)	(35.29)	(30.94)	(38.10)	(33.33)	(30.43)	(35.42)	(22.41)
ไม่มี	72	66	125	13	64	16	93	45
n=138(68.32)	(72)	(64.71)	(69.06)	(61.90)	(66.37)	(69.57)	(64.58)	(77.59)
P-value	0.292		0.621		0.652	1.000	0.094	
อาการเจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain)								
มี n=8(3.96)	2	6	7	1	7	2	7	1
	(2)	(5.88)	(3.87)	(4.76)	(7.29)	(8.7)	(4.86)	(1.72)
ไม่มี	98	96	174	20	89	21	137	57
n=194(96.04)	(98)	(94.12)	(96.13)	(95.24)	(92.71)	(91.3)	(95.14)	(98.28)
P-value	0.279		0.591		0.028	0.227	0.443	
อาการใจสั่น (Palpitation)								
มี n=19	7	12	17	2	9	4	16	3
(9.41)	(7)	(11.76)	(9.39)	(9.52)	(9.38)	(17.39)	(11.11)	(5.17)
ไม่มี	93	90	164	19	87	19	128	55
n=183(90.59)	(93)	(88.24)	(90.48)	(90.48)	(90.63)	(82.61)	(88.89)	(94.83)
P-value	0.336		1.000		1.000	0.243	0.287	
อาการไอบ่อย (Cough)								
มี n=17(8.42)	6	11	16	1	10	1	10	7
	(6)	(10.78)	(8.84)	(4.76)	(10.42)	(4.35)	(6.94)	(12.07)
ไม่มี	94	91	165	20	86	22	134	51
n=185(91.58)	(94)	(89.22)	(91.16)	(95.24)	(89.58)	(95.65)	(93.06)	(87.93)
P-value	0.311		1.000		0.448	0.699	0.266	

ตารางที่ 3 (ต่อ) อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 แยกตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย

	เพศ		ความรุนแรงของโรค ตามเกณฑ์ WHO		น้ำหนัก เกิน เกณฑ์	เบาหวาน	ประวัติการรับ วัคซีนก่อน การติดเชื้อ	
	ชาย n=100	หญิง n=102	Mild- moderate n=181	Severe n=21	BMI>25 n=96	n=23	ไม่ได้รับ n=144	≥1เข็ม n=58
อาการขับเสมหะมากขึ้น (Expectoration)								
มี n=13(6.44)	6 (6)	7 (6.86)	11 (6.08)	2 (9.52)	7 (7.29)	1 (4.35)	10 (6.94)	3 (5.17)
ไม่มี n=189(93.56)	94 (94)	95 (93.14)	170 (93.92)	19 (90.48)	89 (92.71)	22 (96.65)	134 (93.06)	55 (94.83)
P-value	1.000		0.630		1.000	1.000	0.761	
อาการปวดตามข้อ (Arthralgia)								
มี n=25(12.38)	10 (10)	15 (14.71)	21 (11.60)	4 (19.05)	16 (16.67)	6 (26.09)	19 (13.19)	6 (10.34)
ไม่มี n=177(87.62)	90 (90)	87 (85.29)	160 (88.40)	17 (80.95)	80 (83.33)	17 (73.91)	125 (86.81)	52 (89.66)
P-value	0.394		0.304		0.090	0.045	0.645	
การได้รับกลิ่นผิดปกติ (Smelling disorder)								
มี n=7(3.47)	3 (3)	4 (3.92)	5 (2.76)	2 (9.52)	2 (2.08)	2 (8.70)	4 (2.78)	3 (5.17)
ไม่มี n=195(96.53)	97 (97)	98 (96.08)	176 (97.24)	19 (90.48)	94 (97.92)	21 (91.30)	140 (97.22)	55 (94.83)
P-value	1.000		0.157		0.449	0.183	0.412	
อาการอยากอาหารลดลง (Anorexia)								
มี n=22(10.89)	6 (6)	16 (15.69)	18 (9.94)	4 (19.05)	12 (12.5)	6 (26.09)	16 (11.11)	6 (10.34)
ไม่มี n=180(89.11)	94 (94)	86 (84.31)	163 (90.06)	17 (80.94)	84 (87.5)	17 (73.91)	128 (88.89)	52 (89.66)
อาการท้องเสียถ่ายเหลว (Diarrhea)								
มี n=9(4.46)	6 (6)	3 (2.94)	8 (4.42)	1 (4.76)	6 (6.25)	2 (8.70)	6 (4.17)	3 (5.17)
ไม่มี n=193(95.54)	94 (94)	99 (97.06)	173 (95.58)	20 (95.24)	90 (93.75)	21 (91.3)	138 (95.83)	55 (94.83)
P-value	0.329		1.000		0.314	0.273	0.718	

ตารางที่ 3 (ต่อ) อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 แยกตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย

เพศ		ความรุนแรงของโรค ตามเกณฑ์ WHO		น้ำหนัก เกิน เกณฑ์	เบาหวาน	ประวัติการรับ วัคซีนก่อน การติดเชื้อ		
ชาย n=100	หญิง n=102	Mild- moderate n=181	Severe n=21	BMI>25 n=96	n=23	ไม่ได้รับ n=144	≥1เข็ม N=58	
อาการเสียการรับรส (Ageusia)								
มี n=5(2.48)	1 (1)	4 (3.92)	5 (2.6)	0 (0)	4 (4.17)	0 (0)	3 (2.08)	2 (3.45)
ไม่มี n=197(97.52)	99 (99)	98 (96.08)	176 (97.24)	21 (100)	92 (95.83)	23 (100)	141 (97.92)	56 (96.55)
P-value	0.369		1.000		0.193	1.000	0.626	
อาการผมร่วง (Alopecia)								
มี n=62(30.69)	11 (11)	51 (50)	55 (30.39)	7 (33.33)	30 (31.25)	7 (30.43)	44 (30.56)	18 (31.03)
ไม่มี n=140(69.31)	89 (89)	51 (50)	126 (69.61)	14 (66.67)	66 (68.75)	16 (69.57)	100 (69.44)	40 (60.97)
P-value	<0.001		0.805		0.88	1.000	1.000	
อาการนอนไม่หลับ (Insomnia)								
มี n=27(13.37)	9 (9)	18 (17.65)	23 (12.71)	4 (19.05)	15 (15.63)	5 (21.74)	22 (15.28)	5 (8.62)
ไม่มี n=175(86.63)	91 (91)	84 (82.35)	158 (87.29)	17 (80.95)	81 (84.38)	18 (78.26)	122 (84.72)	53 (91.38)
P-value	0.097		0.494		0.412	0.203	0.258	
มีปัญหาเรื่องความจำ (Memories issue)								
มี n=6 (2.97)	3 (3)	3 (2.94)	5 (2.76)	1 (4.76)	2 (2.08)	0 (0)	6 (4.17)	0 (0)
ไม่มี n=196(97.03)	97 (97)	99 (97.06)	176 (97.24)	20 (95.24)	94 (97.92)	23 (100)	138 (95.83)	58 (100)
P-value	1.000		0.487		0.685	1.000	0.185	

พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าเพศชาย ($p<0.001$) และนอกจากนี้เพศหญิงยังมีความสัมพันธ์กับการเกิด อาการผมร่วง ($p<0.001$) ความรุนแรงขณะติดเชื้อ($p=0.004$) และโรคเบาหวาน ($p=0.012$) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก (mMRC)

ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19

เมื่อนำจำนวนผู้ป่วยและร้อยละอาการที่พบมาคำนวณสัดส่วนแบบถ่วงน้ำหนักเพื่อหาค่าความชุก ได้ค่าความชุกภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 เป็นร้อยละ 64.58 และความชุกของอาการที่บ่อยมากที่สุดเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ภาวะเมื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม (PEM) ร้อยละ 30.71 อาการผมร่วง (Alopecia) ร้อยละ 32.53 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ร้อยละ 23.13 อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) ร้อยละ 16.46 อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ร้อยละ 13.77 ตามลำดับ และอาการอื่นๆแสดงดังแผนภูมิที่ 1



สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยมีอาการอย่างน้อย 1 อาการภายหลังจากการติดเชื้อเป็นเวลา 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 64.87 มากกว่างานวิจัยของจีน⁽⁸⁾ ซึ่งพบเพียงร้อยละ 49.6 ความชุกที่มากกว่าอาจมีสาเหตุจาก ความแตกต่างทางเชื้อชาติ และความแตกต่างทางสายพันธุ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อซึ่งในประเทศไทย เป็นสายพันธุ์เดลต้า⁽¹⁹⁾ ในขณะที่งานวิจัยของจีนที่เก็บข้อมูลในผู้ติดเชื้อช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 จะเป็นสายพันธุ์ Wild type⁽²⁰⁾

อาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่พบได้บ่อยคือ อาการผมร่วง ภาวะเมื่อยล้าภายหลังจากการทำกิจกรรม อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และ อาการนอนไม่หลับ ตามลำดับ เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยชาย สอดคล้องกับหลายการศึกษา^(4,5,7,8) อาการผมร่วง เป็นหนึ่งในอาการที่พบได้บ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาการติดตาม ช่วง 3 เดือน และ 6 เดือนของประเทศจีน^(7,8) โดยความชุกที่พบมากกว่า อาจมาจากความต่างของสายพันธุ์ที่ติดเชื้อมากกว่าที่ได้อ้างอิงไปเบื้องต้น ความชุกของอาการเหนื่อยล้าของงานวิจัยนี้พบน้อยกว่างานวิจัยก่อนหน้า ซึ่งมีความชุกเท่ากับร้อยละ 28.3⁽⁸⁾ อาจมีสาเหตุมาจากการเลือกใช้แบบประเมิน FFS ซึ่งผ่านการประเมินคุณภาพ ช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูล และ ความแตกต่างของสายพันธุ์

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้มีความพยายามในการใช้แบบประเมินในการแยกอาการเหนื่อยล้ากับภาวะ PEM อาการเหนื่อยล้าโดยทั่วไปไม่เพียงพอในการใช้อธิบายภาวะ PEM⁽²¹⁾ ความชุกของภาวะ PEM เท่ากับร้อยละ 32.03 และไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์ งานวิจัยก่อนหน้านี้อ้างอิงการรายงานภาวะ PEM น้อย ยกเว้นในงานวิจัยของ Hannah E. Davis และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งเก็บข้อมูลในผู้ป่วยหลังติดเชื้ออย่างน้อย 1 เดือน พบว่าความชุกเท่ากับ ร้อยละ 89.3 ความรุนแรงของอาการขณะติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก สอดคล้องกับงานวิจัยติดตามอาการ 6 เดือนของจีน⁽⁷⁾ โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอาการหายใจหอบเหนื่อย ($p=0.012$) แตกต่างจากงานวิจัย Case-control ที่มีการติดตามอาการเป็นระยะเวลา 7 เดือน^(23,24) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานกับผู้ไม่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ของอาการหายใจหอบเหนื่อยกับโรคเบาหวาน อาการเหนื่อยล้า และภาวะ PEM เป็นสองในสามอาการหลักอยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัย⁽²⁵⁾ ภาวะเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue syndrome, CFS) ผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้หลงเหลือ อาจจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการในระยะ 6 เดือน มากกว่ากลุ่มอาการอื่น ด้วยมีงานวิจัยพบผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด 6 เดือนมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยโรค CFS ถึงร้อยละ 27-43^(26,27) ลักษณะอาการที่คล้ายคลึงกับโรค CFS ทำให้มีการตั้งข้อสงสัยถึงความเป็นไปได้ของความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับการเกิดโรค CFS⁽²⁸⁾ แต่ด้วยเป็นรายงานในวิจัยที่มีกลุ่มการศึกษาขนาดเล็กที่มีระยะติดตามเพียง 6 เดือน จึงควรมีการศึกษาถึงความเป็นไปได้ของการเกิดอาการคล้ายโรค CFS ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อโควิด 2019 ในระยะยาวต่อไป

งานวิจัยนี้เป็นหนึ่งในงานวิจัยเรื่องภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่ศึกษาความชุกภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 แรกในประเทศไทย มีการเก็บข้อมูลอาการ ของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการติดเชื้อรุนแรงและไม่รุนแรง โดยการติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เชิงรุก เพิ่มโอกาสการเข้าถึงข้อมูลอาการในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่มาติดตามอาการตามนัดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการมาก ทำให้ได้ข้อมูลภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มการศึกษาที่ใกล้เคียงสัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรค (Severity distribution of disease)⁽²⁴⁾ มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ขาดการเก็บข้อมูลบางกลุ่มเช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งอาจมีผลต่อการประเมินผลบางอาการนอกจากนี้เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบ Cross-sectional จึงไม่มี พื้นฐานคะแนน mMRC คะแนน FFS ข้อมูลอาการโดยพื้นฐานของผู้ป่วยเดิมแต่ละคนก่อนการติดเชื้อ การมีข้อมูลในการเปรียบเทียบ สามารถช่วยเพิ่มข้อสรุปที่แม่นยำให้กับงานศึกษาอื่นๆ ต่อไปได้

และด้วยแนวโน้มของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่สามารถหลงเหลืออยู่เกินกว่า 1 ปีกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อ⁽¹⁰⁾ การศึกษาติดตามภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้ป่วย ในระยะที่ยาวกว่า 3 เดือน ในประเทศไทย จึงมีความสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.ชานนท์ นันทวงศ์ คณะแพทย์และทีมงานแผนกเวชกรรมสังคมทุกท่าน ที่เป็นผู้บุกเบิกฐานข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิด ครบวงจรเมืองสระบุรี รพ.สระบุรี, นพ.ภาณุพงศ์ ตันศิริรัตน์ ที่สละเวลาให้คำปรึกษาและแก้ไขความถูกต้อง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ ติดตามความคืบหน้างานวิจัยมาโดยตลอด และ นพ.สมประสงค์ นักซ์ตระกูล ที่เสียสละเวลาและให้คำปรึกษา ตรวจทานข้อบกพร่อง ความถูกต้องของการใช้ภาษา งานเขียนออกมาราบรื่น และลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time [Internet]. Vol. 20, The Lancet Infectious Diseases. Elsevier; 2020 [cited 2021 Oct 22]. p. 533–4. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S1473309920301201/fulltext>
2. World Health Organization. Clinical Management of COVID-19: Living Guidance. World Heal Organ [Internet]. 2021 Oct [cited 2021 Oct 26];(January). Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>
3. World Health Organization. Expanding our understanding of Post COVID-19 condition [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340951>
4. Augustin M, Schommers P, Stecher M, Dewald F, Gieselmann L, Gruell H, et al. Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. Lancet Reg Heal - Eur [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2021 Oct 21];6:100122. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2666776221000995/fulltext>
5. Menges D, Ballouz T, Anagnostopoulos A, Aschmann HE, Domenghino A, Fehr JS, et al. Burden of post-COVID-19 syndrome and implications for healthcare service planning: A population-based cohort study. PLoS One [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2021 Oct 21];16(7):e0254523. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0254523>

6. Moreno-Pérez O, Merino E, Leon-Ramirez JM, Andres M, Ramos JM, Arenas-Jiménez J, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study. *J Infect* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 Oct 21];82(3):378–83. Available from: <http://www.journalofinfection.com/article/S0163445321000098/fulltext>
7. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* [Internet]. 2021 Jan 16 [cited 2021 Oct 22];397(10270):220–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33428867/>
8. Xiong Q, Xu M, Li J, Liu Y, Zhang J, Xu Y, et al. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Dec 29];27(1):89–95. Available from: <http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198743X20305759/fulltext>
9. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 23]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1
10. Huang L, Yao Q, Gu X, Wang Q, Ren L, Wang Y, et al. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *Lancet* [Internet]. 2021 Aug 28 [cited 2021 Oct 22];398(10302):747–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34454673/>
11. Liang L, Yang B, Jiang N, Fu W, He X, Zhou Y, et al. Three-month Follow-up Study of Survivors of Coronavirus Disease 2019 after Discharge. *J Korean Med Sci* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Oct 22];35(46). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33289374/>
12. Mughal F, Khunti K, Mallen C. The impact of COVID-19 on primary care: Insights from the Na... : *Journal of Family Medicine and Primary Care* [Internet]. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2021/12000/The_impact_of_COVID_19_on_primary_care__Insights.3.aspx
13. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Rahimzadeh M. Sample size calculation in medical studies. *Gastroenterol Hepatol from bed to bench* [Internet]. 2013;6(1):14–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24834239>
14. สวัสดิ์ อวยพร. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.[ปริญญา นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2014.

15. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย;2010.
16. Stussman B, Williams A, Snow J, Gavin A, Scott R, Nath A, et al. Characterization of Post-exertional Malaise in Patients With Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Front Neurol* [Internet]. 2020 Sep 18 [cited 2021 Oct 27];11:1025. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2020.01025/full>
17. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. 2014;7-8. Available from: [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q 9Q 8Q \(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf)
18. WHO Working Group on the Clinical Characterisation and Management of COVID-19 infection. A minimal common outcome measure set for COVID-19 clinical research [Internet]. Vol. 20, *The Lancet Infectious Diseases*. 2020 [cited 2022 Jan 8]. p. e192-7. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30483-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30483-7/fulltext)
19. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. การเฝ้าระวังการระบาด และกลายพันธุ์โควิด-19 ในประเทศไทย 6 ส.ค. 2564 [Internet]. กรุงเทพมหานคร; 2021. Available from: <http://msto.dmsc.moph.go.th/login/showimgdetil.php?id=329>
20. Hu Z, Huang X, Zhang J, Fu S, Ding D, Tao Z. Differences in Clinical Characteristics Between Delta Variant and Wild-Type SARS-CoV-2 Infected Patients. *Front Med* [Internet]. 2022;8. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fmed.2021.792135>
21. Carruthers BM, Van de Sande MI, De Meirleir KL, Klimas NG, Broderick G, Mitchell T, et al. Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *J Intern Med* [Internet]. 2011 Oct 1 [cited 2022 Jan 15];270(4):327-38. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x>
22. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. *SSRN Electron J* [Internet]. 2021 Apr 13 [cited 2021 Oct 22]; Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=3820561>
23. Fernández-de-las-Peñas C, Guijarro C, Torres-Macho J, Velasco-Arribas M, Plaza-Canteli S, Hernández-Barrera V, et al. Diabetes and the Risk of Long-term Post-COVID Symptoms. *Diabetes* [Internet]. 2021 Sep 27;70(12):2917-21. Available from: <https://doi.org/10.2337/db21-0329>

24. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis*. 2020 Jun;20(6):669–77.
25. Centers for Disease Control and Prevention. IOM 2015 Diagnostic Criteria - Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) [Internet]. Institute of Medicine. 2015 [cited 2022 Jan 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/me-cfs/healthcare-providers/diagnosis/iom-2015-diagnostic-criteria.html>
26. Mantovani E, Mariotto S, Gabbiani D, Dorelli G, Bozzetti S, Federico A, et al. Chronic fatigue syndrome: an emerging sequela in COVID-19 survivors? *J Neurovirol* [Internet]. 2021/08/02. 2021 Aug;27(4):631–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34341960>
27. Kedor C, Freitag H, Meyer-Arndt L, Wittke K, Zoller T, Steinbeis F, et al. Chronic COVID-19 Syndrome and Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) following the first pandemic wave in Germany – a first analysis of a prospective observational study [Internet]. medRxiv; 2021. Available from: <http://europepmc.org/abstract/PPR/PPR279456>
28. Komaroff AL, Lipkin WI. Insights from myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome may help unravel the pathogenesis of postacute COVID-19 syndrome. *Trends Mol Med* [Internet]. 2021/06/07. 2021 Sep;27(9):895–906. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175230>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ธีรศักดิ์ พาจันทร์^a, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์^{*},
บุญสัน อนารัตน์^{**}, นิรันดร์ ถาละคร^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 370 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำเสนอค่า Adjusted odds ratio และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.68 อายุเฉลี่ย 62.57 ปี (SD=11.09) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.35 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.62 กลุ่มตัวอย่างควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 41.08 (95% CI=36.15–46.19) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ (1) พฤติกรรมการควบคุมอาหาร (Adjusted OR=2.23, 95% CI=1.38–3.62, p=0.001) (2) พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวาน (Adjusted OR=2.02, 95% CI=1.25–3.27, p=0.004) (3) ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Adjusted OR=1.90, 95% CI=1.14–3.15, p=0.013) และ (4) ความรอบรู้ด้านความเข้าใจ (Adjusted OR=3.48, 95% CI=1.96–6.19, p<0.001)

ดังนั้น ควรวางกลยุทธ์ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความเข้าใจ รวมทั้งพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการรับประทานยารักษาเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ : ปัจจัย; การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

^{*} อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{**} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

^{***} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

a ผู้เขียนหลัก ธีรศักดิ์ พาจันทร์ Email : tphajan@gmail.com

รับบทความ: 15 ม.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 4 มี.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 5 มี.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 12 มี.ค. 65

Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Thabo, Nong Khai, Thailand

Teerasak Phajan^{*a}, Kritkantorn Suwannaphant^{*},
Boonsun Anarat^{**}, Niran Thalakorn^{***}

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to investigate glycemic control and factors associated with glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients in Thabo district, Nong Khai province. Participants were 370 type 2 diabetic patients selected by systematic random sampling method. Data were collected by questionnaire. In addition, Hemoglobin A1C (HbA1c) levels were assessed by the laboratory technologists at Thabo Crown Prince Hospital. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistics regression at significance level of 0.05. Adjusted Odds Ratio with 95% confidence interval (CI) was used to present the results.

The results revealed that most of the samples were females (65.68%) with the average age of 62.57 years old (SD=11.09), were married (81.35%), received primary school education (71.62%), had poor glycemic control (41.08%) (95% CI=36.15–46.19). Factors significantly associated with glycemic control the significance level of 0.05 were: (1) eating behavior (Adjusted OR=2.23, 95% CI=1.38–3.62, p=0.001); (2) medication behavior (Adjusted OR=2.02, 95% CI=1.25–3.27, p=0.004); (3) health literacy on information accessibility (Adjusted OR=1.90, 95% CI=1.14–3.15, p=0.013); and (4) health literacy on information understanding (Adjusted OR=3.48, 95% CI=1.96–6.19, p<0.001).

It was recommended from this study that strategies related to health literacy on information accessibility and understanding and also eating behavior and medication behavior should be strengthened for glycemic control among type 2 diabetic patients.

Keywords : Factors; Glycemic control; Type 2 diabetic patients

^{*} Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

^{**} Public health technical officer, Professional level, Thabo Public Health Office, Nong Khai

^{***} Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Faorai District Public Health Office, Nong Khai

^a Corresponding author : Teerasak Phajan Email : tphajan@gmail.com

Received: Jan. 15, 22; Revised: Mar. 4, 22; Accepted: Mar. 5, 22; Published Online: Mar. 12, 22

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583⁽¹⁾ นับเป็นสัญญาณอันตราย เนื่องจากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่างกายจะไม่สามารถผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอ หรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ช่วยนำน้ำตาลเข้าเซลล์เพื่อให้ร่างกายสามารถใช้ในการสร้างพลังงาน หากไม่มีอินซูลินเป็นตัวช่วย น้ำตาลจะถูกสะสมในกระแสเลือด⁽²⁾ ปัญหาที่สำคัญคือเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสะสมเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ⁽³⁾ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต⁽⁴⁾ ดังนั้น เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยประเมินจากค่าน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ซึ่งจะต้องน้อยกว่าร้อยละ 7^(5,6) อีกทั้งโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องอยู่กับโรคนี้อย่างตลอดชีวิต ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามมาตรฐานและอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา มีหลายการศึกษาที่พบความสัมพันธ์กับปัญหานี้ ได้แก่ เพศ^(7,8) อายุ⁽⁹⁾ และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน^(10,11) และพฤติกรรมสุขภาพ^(12,13) กอปรกับข้อบ่งชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี โดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือด⁽¹⁴⁾ แต่หากถ้าผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้⁽¹⁵⁾ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วยในการจัดการสภาพของตนเองให้เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจ ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินข้อมูลสุขภาพ และด้านการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี⁽¹⁶⁾ และความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ แต่อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาที่พบว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁽²⁰⁻²²⁾ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจและควรพิสูจน์ว่ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่ ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่สำคัญในการแก้ปัญหาปัญหาดังกล่าว

อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 2,347 คน และพบผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ ทั้งๆ ที่มีการให้บริการตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้งการทำกิจกรรมรณรงค์ต่างๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบริบท วิถีชีวิตของประชาชนตามชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่นิยมบริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก อีกทั้งมีผลไม้รสหวานมากมายตามฤดูกาล ดังนั้น หากขาดความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม จึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ อันจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความสำคัญต่อการนำข้อค้นพบ

ไปกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามที่กล่าวข้างต้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการควบคุมระดับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ
จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ทำการศึกษาระหว่าง 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2564

ประชากร: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลท่าบ่อ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 2,347 คน

กลุ่มตัวอย่าง: คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวหลายตัวแปร (Multivariable analysis) กรณีตัวแปรตามประเภทแ่งนับ (Categorical outcome) แบบ Dichotomous variable และใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽²³⁾ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ($\beta=0.20$ มีค่าเท่ากับ 0.84) $\alpha=0.05$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่า P_0 คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีการควบคุมอาหาร ($P_0=0.70$) P_1 คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และไม่ควบคุมอาหาร ($P_1=0.90$) B คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยง (ไม่ควบคุมอาหาร) ($B=0.40$)⁽²⁴⁾ ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่ Rho-square (ρ^2)=0.7, Variance Inflation Factor (VIF)=3.33 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 370 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. การสุ่มตัวอย่าง ได้รับการรักษาแบบใช้อินซูลิน
2. มีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะไตวาย ตามัวมากจนมองไม่เห็น

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดย 1) คำนวณช่วงของการสุ่ม (I) โดยใช้สูตร $I = \frac{N}{n}$ โดย $N=2,347$ และ $n=370$ แทนค่าในสูตร $I = \frac{2,347}{370} = 6.34$ จะได้ค่า I ประมาณ 7 และ 2) นำรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลท่าบ่อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เรียงตามรหัสสถานพยาบาลและเลขที่ผู้ป่วยของหน่วยบริการ และ

3) เขียนหมายเลข 1-7 เพื่อสุ่มหาเลขตำแหน่งสุ่มเริ่มต้น (Random start) (ในที่นี้สุ่มได้หมายเลข 5 เป็นตำแหน่งเริ่มต้น) ตำแหน่งถัดไปบวกกับค่าช่วงคือ 7 จะได้ลำดับที่ 5,12,19,26,...(ตามสูตร $R, R+I, R+2I, +\dots, +R(n-1)I$) จนครบ 370 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (Questionnaires) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรอบรู้ด้านความเข้าใจ ความรอบรู้ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินข้อมูลสุขภาพ และความรอบรู้ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ตัวเลือก ได้แก่ 1=ยากมาก 2=ค่อนข้างยาก 3=ค่อนข้างง่ายและ 4=ง่ายมาก สำหรับการแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ จากหลักเกณฑ์ของ Sorencence⁽¹⁶⁾ ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 50)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (คะแนน ร้อยละ 50-65)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (คะแนน ร้อยละ 66-84)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (คะแนน ร้อยละ 85 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยารักษาเบาหวานและการจัดการความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก (Positive statement)	ข้อคำถามด้านลบ (Negative statement)
ปฏิบัติเป็นประจำ ให้	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ ให้	1 คะแนน	5 คะแนน

สำหรับการแปลผลพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน) พอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 คะแนน) และควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน)⁽²⁵⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of

Item-Objective Congruence; IOC) พบว่า มีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และ 2) ทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นพื้นที่ที่มีคุณลักษณะและบริบทคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ

2. การตรวจวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรวจค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) จากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย แปลผลเป็น 2 กลุ่มคือ ควบคุมได้ (HbA1c<7%) และควบคุมไม่ได้ (HbA1c≥7%)^(5,6)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าพิสัยควอไทล์ (Inter quartile range; IQR) และ 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กรณีตัวแปรตามเป็นตัวแปรแจกแจงประเภท Dichotomous variable ได้แก่ ควบคุมได้ (HbA1c<7%) และควบคุมไม่ได้ (HbA1c≥7%) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% และ p-value

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างและการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น รับรองเลขที่ HE 642005

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.68 อายุเฉลี่ย 62.57 ปี (SD=11.09) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 85 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.35 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.62 มีฐานระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 14.5 ปี (IQR=14.00) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 30 ปี

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอทุกด้าน โดยความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรอบรู้ด้านความเข้าใจ ความรอบรู้ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินข้อมูลสุขภาพ ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ ร้อยละ 39.46 ร้อยละ 58.11 ร้อยละ 48.65 และ ร้อยละ 58.92 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (n=370)

ความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล		
ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	55	14.86
ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	133	35.95
ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	146	39.46
ความรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	36	9.73
ความรู้ด้านความเข้าใจ		
ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	10	2.70
ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	87	23.51
ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	215	58.11
ความรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	58	15.68
ความรู้ด้านการวิเคราะห์ แปลความหมายและประเมินข้อมูลสุขภาพ		
ความรู้ทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	29	7.84
ความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	114	30.81
ความรู้ทางด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	180	48.65
ความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	47	12.70
ความรู้ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้		
ความรู้ทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (<50%)	12	3.24
ความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นปัญหา (50-65%)	108	29.19
ความรู้ทางด้านสุขภาพเพียงพอ (66-84%)	218	58.92
ความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นเลิศ (85% ขึ้นไป)	32	8.65

1. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.13 ร้อยละ 54.60 ร้อยละ 53.24 และร้อยละ 50.81 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (n=370)

ระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร		
ดี	204	55.13
พอใช้	143	38.65
ควรปรับปรุง	23	6.22
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
ดี	202	54.60
พอใช้	153	41.35
ควรปรับปรุง	15	4.05
พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวาน		
ดี	197	53.24
พอใช้	159	42.97
ควรปรับปรุง	14	3.79
พฤติกรรมการจัดการความเครียด		
ดี	188	50.81
พอใช้	166	44.87
ควรปรับปรุง	16	4.32

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มตัวอย่าง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 41.08 (ช่วงเชื่อมั่น 95% : 36.15–46.19) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและ ร้อยละ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (n=370)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C<7)	218	58.92	53.80 – 63.84
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1C≥7)	152	41.08	36.15 – 46.19

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยวิเคราะห์ปัจจัยหลายตัวแปร (Multivariable analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวาน ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล และความรอบรู้ด้านความเข้าใจ โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พบว่า มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระดับพอใช้ และควรปรับปรุง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็น 2.23 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระดับดี (95% CI=1.38-3.62, p-value=0.001)

พฤติกรรมรับประทานยารักษาเบาหวาน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมรับประทานยารักษาเบาหวาน ในระดับพอใช้และควรปรับปรุง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็น 2.02 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มี พฤติกรรมรับประทานยารักษาเบาหวานในระดับดี (95% CI=1.25-3.27, p-value=0.004)

ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล พบว่า มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับ ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็น 1.90 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับเพียงพอและเป็นเลิศ (95% CI=1.14 3.15, p-value=0.013)

ความรู้ด้านความเข้าใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านความเข้าใจ ในระดับไม่เพียงพอ และเป็นปัญหา มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็น 3.48 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ ด้านความเข้าใจ ในระดับเพียงพอและเป็นเลิศ (95% CI=1.96-6.19, p-value<0.001)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (การวิเคราะห์ Multivariable analysis) (n= 370)

ปัจจัย	จำนวน	% ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p- value
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร						
ดี	204	27.94	1	1	1	0.001
พอใช้และควรปรับปรุง	166	57.23	3.45	2.23	1.38-3.62	
พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวาน						
ดี	197	28.93	1	1	1	0.004
พอใช้และควรปรับปรุง	173	54.91	3.00	2.02	1.25-3.27	
ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล						
เพียงพอและเป็นเลิศ	182	25.82	1	1	1	0.013
ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา	188	55.85	3.63	1.90	1.14-3.15	
ความรู้ด้านความเข้าใจ						
เพียงพอและเป็นเลิศ	273	30.40	1	1	1	<0.00
ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา	97	71.13	5.64	3.48	1.96-6.19	1

การอภิปรายผล

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 41.08 ซึ่งค่อนข้างสูง อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในภาคอีสาน อาหารหลักคือข้าวเหนียว ซึ่งเป็นกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ที่สามารถเปลี่ยนเป็นน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดได้ทันที ทำให้มีการดูดซึมน้ำตาลเร็วเกินไป อีกทั้งมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานเช่น น้ำอัดลม กาแฟ โอวัลติน ที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ รวมถึงการรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงปริมาณและประเภทของอาหาร จึงทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ค่อนข้างสูง⁽²⁶⁾ บ่งบอกว่าการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ได้ตามเกณฑ์การรักษายังเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะ Microvascular และ Macrovascular ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁽²⁷⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวาน ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและความรอบรู้ด้านความเข้าใจ

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม กาแฟ โอวัลติน รับประทานอาหารประเภท ทอด มัน เช่น อาหารทอด แกงกะทิ มีการรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงปริมาณและประเภทของอาหาร ทั้งนี้โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมอาหารจึงเป็นการช่วยลดปริมาณกลูโคสที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยการลดปริมาณหรือเปลี่ยนสัดส่วนหรือชนิดของอาหารเพื่อให้น้ำตาลดูดซึมได้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมอาหารได้จึงทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรียวพันธุ์ อูสาย⁽²⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ดีจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากเป็น 4.80 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี ($OR_{adj}=4.80$, 95% CI=1.68-13.80) และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด^(24,29,30)

พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากยารักษาเบาหวาน เช่น Metformin จะไปลดการสร้างน้ำตาลที่ตับ (Hepatic gluconeogenesis) และลดระดับ Free fatty acid ในพลาสมาได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน เป็นการควบคุมระดับน้ำตาล สอดคล้องกับการศึกษาของฤทธิรงค์และนิรมล⁽³¹⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานยามีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($OR_{adj}=10.16$, 95% CI=2.03-50.79)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วยในการจัดการสภาพของตนเองให้เหมาะสม อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี⁽¹⁶⁾ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลและความเข้าใจในข้อมูล จะนำไปสู่การสร้างเสริมให้มีสุขภาพดี⁽³²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด^(17-19,33,34)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากข้อค้นพบ ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 41.08 ซึ่งค่อนข้างสูงดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีระบบการเฝ้าระวังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวาน
2. จากข้อค้นพบ ถึงแม้ว่าโดยรวมผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับดี แต่ยังมีพบว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสมบางประเด็น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม กาแฟ โอวัลติน รับประทานอาหารประเภท ทอด มัน แกงกะทิ รวมทั้งการรับประทานข้าวเหนียว โดยไม่คำนึงถึงปริมาณ ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรออกแบบกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยารักษาเบาหวานให้ถูกต้องและต่อเนื่อง เนื่องจากพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยารักษาเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
3. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความเข้าใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลายและพัฒนาโปรแกรมในการเสริมสร้างความเข้าใจที่ถ่องแท้จนสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ควรพัฒนาโปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยพิจารณาตัวแปรที่สำคัญได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการทำวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) เพื่อให้ได้โปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก การดำเนินการวิจัยสำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่อำนวยความสะดวก ประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชลิต รัตติสาร. สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 20]. เข้าถึงได้จาก: Thailand Blueprint for Change_2017_TH.pdf (novonordisk.com)
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อรุณการพิมพ์; 2557.
4. Adham M, Froelicher ES, Batieha A, Ajlouni K. Glycaemic control and its associated factors in type 2 diabetic patients in Amman, Jordan. East Mediterr Health J 2010; 16(7):3-10.
5. American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes-2017. Diabetes care 2017; 40 (Suppl 1): S48-S56.
6. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
7. Misraa R, Lager J. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. Journal of Diabetes and Its Complications 2009;23(1):54-64.
8. Mondesir F, White K, Liese D, McLain A. Gender, illness-related diabetes social support, and glycemic control among middle-aged and older adults. Journals of Gerontology: Social Sciences 2016;71(6):1081-8.
9. Chetty R, Pillay S. The relationship between age and glycaemic control in patients living with diabetes mellitus in the context of HIV infection: a scoping review. Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa 2022;27(1):1-7.
10. Khattaba M, Khader Y, Khawaldehd A, Ajlouni K. Factors associated with poor glycemic control among patients with type 2 diabetes. Journal of Diabetes and its Complications 2010; 24(2):84-9.
11. Fiseha T, Alemayehu E, Kassahun W, Adamu A, Gebreweld A. Factors associated with glycemic control among diabetic adult out-patients in Northeast Ethiopia. BMC Res Notes 2018;11:316.
12. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardorfer R, Kegler M, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. Gao et al. BMC Family Practice 2013;14:66. doi: 10.1186/1471-2296-14-66.

13. Hong-Ting Zhu H, Min Y, Hao H, Qing-Fang H, Jin P, Ru-Ying H. Factors associated with glycemic control in community-dwelling elderly individuals with type 2 diabetes mellitus in Zhejiang, China: a cross-sectional study. *BMC Endocrine Disorders* 2019; 19(1):57. doi: 10.1186/s12902-019-0384-1. PMID: 31170961; PMCID: PMC6555723.
14. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al. Update on health literacy and diabetes. *Diabetes Educ* 2014; 40(5): 581-604.
15. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2018; 138(2):e48-74.
16. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80.
17. Sayah F, Majumdar S, Egede L, Johnson J. Associations between health literacy and health outcomes in a predominantly low- income African American population with type 2 diabetes, *Journal of Health Communication*. 2015; 20(5): 581-8.
18. Tseng H, Liao S, Wen Y, Chuang Y, Stages of change concept of the trans theoretical model for healthy eating links health literacy and diabetes knowledge to glycemic control in people with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes* 2017;11(1): 29-36.
19. Hashim SA, Barakatun-Nisak MY, Abu Saad H, Ismail S, Hamdy O, Mansour AA. Association of health literacy and nutritional status assessment with glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Nutrients* 2020; 12(10):3152.
20. Huang M, Shiyanbola O, Smith D. Association of health literacy and medication self-efficacy with medication adherence and diabetes control. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12:793-802.
21. Yokokawa H, Fukuda H, Fujibayashi K, Yuasa M, Okamoto A, Taneda Y, et al. Examining health literacy and healthy lifestyle characteristics as associated with glycemic control among community-dwelling Japanese people. *Diabetes Manag* 2019; 9(1):39-47.
22. Bains S, Egede L. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low-income population with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2011; 13(3):335-41.
23. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998; 17(14):1623-34.
24. อูสา พุทธิรักษ์, เสาวนันทน์ บำเรอราช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้างปลา จังหวัดเลย.

- ประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา (The National Graduate Research Conference) ครั้งที่ 34 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557; MMP11: 989-1000.
25. Best, JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.
 26. จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2561;18(2);142-55.
 27. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC, Bigger JT, Buse JB, et al. Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. NEJM 2008; 358: 2545-59.
 28. เปรี้ยวพันธุ์ อูสาย, นิรมล เมืองโสม, ประยูร โกวิทย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555; 5(3):11-20.
 29. Ferguson M, Long J, Zhu J, Small B, Lawson B, Glick H, et al. Low Health Literacy Predicts Misperceptions of Diabetes Control in Patients with Persistently Elevated A1C. The Diabetes Educators 2015; 41(3):309-19.
 30. Swavely D, Vorderstrasse A, Maldonado E, Etchason E. Implementation and evaluation of a low health literacy and culturally sensitive. Diabetes Education Program. Journal for Healthcare Quality 2014.36(6):16-23.
 31. ฤทธิรงค์ บุรพันธ์, นิรมล เมืองโสม. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2561; 6(2):102-9.
 32. World Health Organization. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health promotion glossary 1998; 10.
 33. Tefera YG, Gebresillassie BM, Emiru YK, Yilma R, Hafiz F, Akalu H, et al. Diabetic health literacy and its association with glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus attending the outpatient clinic of a university hospital in Ethiopia. PLoS ONE 2020; 15(4): e0231291.
 34. Sonthon P. Association between health literacy and glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus. THJPH 2020; 50(1): 76-88.

ผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับ นักศึกษาพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

จรรยาศรี มีหนองหว้า^{*}, วิษณุ จันทร์สดี^{**}, ไวยพร พรหมวงศ์^{*}

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดขึ้นขณะมีการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเหมาะสม การเพิ่มเติมความรู้เรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันให้กับนักศึกษาพยาบาลในรูปแบบที่ทันสมัยและทันต่อการดูแลจะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการใช้แอปพลิเคชัน เพื่อพัฒนาความรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และ 2) ศึกษาผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วย สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน รูปแบบวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 80 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้เรื่องภาวะ สับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุและแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิก ส่วนเครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ แอปพลิเคชัน เพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ที่มี ภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงบรรยาย และ Paired t-test

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้มี 3 ประเด็นดังนี้ หลังการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ย ความรู้ ($\bar{X}=12.31$, $SD=3.01$) สูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน ($\bar{X}=8.66$, $SD=2.92$) และการตัดสินใจทางคลินิก ($\bar{X}=6.58$, $SD=2.39$) สูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน ($\bar{X}=5.09$, $SD=1.99$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.001$ และ 2) ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อแอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.62$) การศึกษา ครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันช่วยพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกได้ ซึ่งจะช่วยให้ นักศึกษา พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : แอปพลิเคชัน; ความรู้; การตัดสินใจทางคลินิก; ภาวะสับสนเฉียบพลัน; ผู้ป่วยสูงอายุ

^{*} อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

^{**} อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

^๑ ผู้เขียนหลัก จรรยาศรี มีหนองหว้า Email : jaroonsree@bcnsp.ac.th

รับบทความ: 27 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 13 มี.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 13 มี.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 21 มี.ค. 65

Results from the Use of Application to Promote Nursing Students' Knowledge and Clinical Judgment in Providing Care for Elderly Patients with Delirium

Jaroonsree Meenongwah^{*a}, Witsanu Chansod^{**}, Waiyaporn Promwong^{*}

Abstract

Delirium in older people commonly occurs during their acute illness and hospitalization. Most nursing students are lack of knowledge to properly manage delirium. Using the application along with the traditional lecture to promote the students' knowledge is needed. This one-group pretest-posttest quasi-experimental research design was conducted to study 1) the effectiveness of using the application on nursing students' knowledge and 2) the effectiveness of using the application on nursing students' clinical judgment to provide care for elderly patients. The samples of 80 third-year nursing students in academic year of 2020 from Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong were selected to the study using purposive sampling methods. Research tools were the measurement of knowledge and clinical judgment to provide care for elderly patients with delirium and the satisfaction of nursing students toward application questionnaires. The interventional tool was the application developed by the researchers. The data was analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

There were 3 significant findings gained from the study: 1) students' knowledge after using the application ($\bar{X}=12.31$, $SD=3.01$) was significantly higher than before using the application ($\bar{X}=8.66$, $SD=2.92$), 2) students' clinical judgement to provide care for elderly patients with delirium after using the application ($\bar{X}=6.58$, $SD=2.39$) was significantly higher than before using the application ($\bar{X}=5.09$, $SD=1.99$), both with p-value of 0.001, and 3) the average scores of students' satisfaction on the application was at a high level ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.62$). This study findings suggest that using the application can improve nursing students' knowledge and clinical judgment in providing proper care for elderly patients with delirium.

Keywords : Application; Knowledge; Clinical judgment; Delirium; Elderly patients

^{*} Instructor, Department of Adult and Elderly Nursing, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong

^{**} Instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong

^a Corresponding author : Jaroonsree Meenongwah Email : jaroonsree@bcnsp.ac.th

Received: Feb. 27, 22; Revised: Mar. 13, 22; Accepted: Mar. 13, 22; Published Online: Mar. 21, 22

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ การเข้าใจ มีสมาธิและความตั้งใจลดลงไม่สามารถใช้ความคิดได้อย่างเป็นระบบ บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือบางรายอาจมีอาการซึมได้โดยอาการเหล่านี้มีลักษณะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เป็นชั่วโมงหรือเป็นวันมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ ทำให้สูญเสียความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างเหมาะสม⁽¹⁾ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานซึ่งมีอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันพบได้บ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุเป็นร้อยละ 40 อุบัติการณ์สูงมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดเป็นร้อยละ 50⁽²⁾ และในผู้ป่วยสูงอายุขณะเข้ารับการรักษานที่หอผู้ป่วยหนักเป็นร้อยละ 55.98⁽³⁾

การศึกษาอุบัติการณ์ตามลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษาต่างๆ เช่น พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 35-80 และจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูงถึงประมาณร้อยละ 30-67⁽⁴⁾ และผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูงถึงร้อยละ 28-60⁽⁵⁾ ในแผนกอายุรกรรมร้อยละ 18-35 และผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักวิกฤต (ICU) พบอุบัติการณ์ได้ถึงร้อยละ 70-87⁽⁶⁾

ภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุ สามารถประเมินได้จากแบบทดสอบใช้เครื่องมือ The Confusion Assessment Method (CAM) 2 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินความมีสติรู้ตัวโดย The Richmond Agitation and Sedation Scale หรือ The RASS และ 2) การประเมินคุณลักษณะหลัก 4 ประการของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน หรือความผันผวนขึ้นลงของสถานะจิตใจ การขาดสมาธิไม่ตั้งใจ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก และความคิดไม่เป็นระบบ⁽⁷⁾

ภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวโดยเฉพาะผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทำให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การเกิดแผลกดทับ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ส่งผลให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น เป็นผลให้การรักษานไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เกิดภาวะทุพพลภาพและอาจเสียชีวิตได้^(8,9) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อในระยะยาวหากภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้รับการแก้ไข เช่น มีภาวะสมองเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของสมาธิไม่รู้นวันเวลาสถานที่และบุคคล มีร่องรอยความพิการหลงเหลือต้องทำกายภาพบำบัด หรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษต่อเนื่องที่บ้านภายหลังจำหน่าย เป็นการเพิ่มระดับความเครียดให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้ยังส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องใช้เวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อรายมากขึ้น มีภาระงานเพิ่มขึ้นในขณะที่อัตรากำลังมีจำกัดในการดูแลผู้ป่วย⁽⁷⁾

พยาบาลจึงควรมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงที่แตกต่างหลากหลายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่อาจพบได้ระหว่างให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ สามารถใช้เครื่องมือประเมินและค้นหาปัจจัยเสี่ยง จะได้ข้อมูลความรู้ที่เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อการตัดสินใจทางคลินิกการจัดการ

ภาวะสับสนเฉียบพลันได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่า การป้องกันปัจจัยเสี่ยงสามารถลดผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้⁽¹⁰⁾ หากสามารถค้นหาสาเหตุและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงได้จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ถึง 1 ใน 3 ราย⁽¹¹⁾ ซึ่งการป้องกันและการจัดการโดยวิธีการที่ไม่ต้องใช้ยา (Non-pharmacological strategies) ถูกแนะนำให้นำมาใช้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นอันดับแรกก่อนจะมีการใช้ยาในการรักษา ซึ่งครอบคลุมถึงวิธีการจัดการทางด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (Environmental intervention) การจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological interventions) และการจัดการด้านร่างกาย (Physical interventions) จากการศึกษาของ ลีต้า อาซาวิเศษ มยุรี ลีทองอิน และ สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์⁽¹²⁾ พบว่าพยาบาลมีความรู้อยู่ระดับสูง คะแนนทัศนคติและคะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าความรู้ ทัศนคติต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ทัศนคติเชิงบวกและทัศนคติเชิงลบ ซึ่งควรส่งเสริมให้พยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การที่พยาบาลแสดงให้เห็นว่าได้ตระหนักและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุจะเป็นแบบอย่างให้กับนักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจว่าพยาบาลควรทำอย่างไร

จากประสบการณ์การนิเทศภาคปฏิบัตินักศึกษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลยังคงให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาด้านร่างกายที่มองเห็นได้ชัดเจนมากกว่าการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งนักศึกษาพยาบาลที่ทำงานร่วมกับพยาบาลประจำการมักจะเกิดการเรียนรู้ผ่านการทำงานของผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น การที่พยาบาลให้เสร็จทันเวลาจากปัญหาผู้ป่วยจำนวนมากและมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น ทำให้นักศึกษาพยาบาลยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แม้ว่านักศึกษาเคยเรียนเนื้อหาภาคทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุในชั้นปีที่ 2 เทอม 1 วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเนื้อหาที่สำคัญที่ต้องทำความเข้าใจเพื่อนำความรู้และทักษะไปใช้ในหอผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ นักศึกษายังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการประเมิน เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ไม่สามารถประเมินและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ทั้งยังพบว่ายังไม่เข้าใจอาการและอาการแสดง การใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ทำให้ยังไม่สามารถประเมินผู้ป่วยสูงอายุได้ การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นเพียงดูแลตามอาการ และผูกมัดแขนขาและร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดบาดแผลจากการผูกมัดหรืออาจเกิดอุบัติเหตุได้ จากข้อจำกัดดังกล่าวมาแล้วข้างต้น อาจารย์พยาบาลจึงต้องสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยเน้นด้านจิตใจมากขึ้น ผ่านการให้ความรู้และการสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีหลายช่องทาง รวมทั้งให้มีการอภิปรายอย่างสม่ำเสมอในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนในเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยเน้นที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สูง⁽¹³⁾

การจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ซึ่งจะมีการเตรียมผู้เรียนให้มีทักษะความเข้าใจ และใช้เทคโนโลยี (Digital literacy) ซึ่งเป็นตัวช่วยสำคัญในการปฏิบัติงานและการสื่อสาร ผู้วิจัยเห็นว่าหากมีการเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจให้กับนักศึกษาพยาบาลด้วยเครื่องมือที่สามารถค้นหาความรู้ได้สะดวกและมีแนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น

การใช้แอปพลิเคชันเคลื่อนที่ (Mobile application) ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์ที่ใช้เพื่อช่วยในการทำงานบนสมาร์ตโฟน เพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่ประกอบด้วยแบบทดสอบก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น การประเมิน แนวทางการรักษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ VDO โจทย์สถานการณ์ ที่มีแบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิกร่วมด้วย จะช่วยเพิ่มความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้นักศึกษาพยาบาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

สมมติฐานในการวิจัย

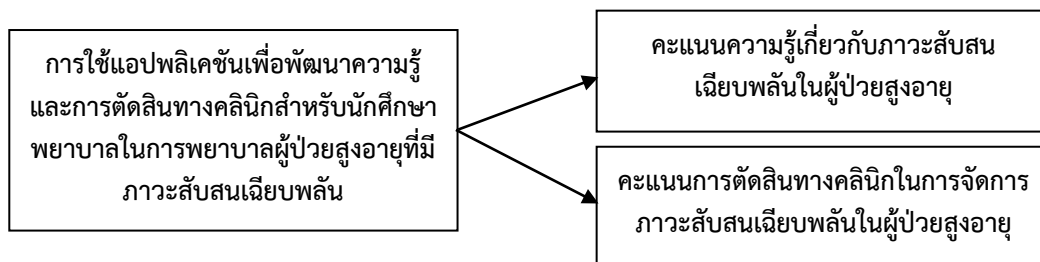
1. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้หลังใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน
2. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกหลังใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยศึกษากับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ห้อง A ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยแล้ว รวมทั้งมีประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันใดๆ ในสมาร์ตโฟนมาก่อน การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุของ Inouye และ Charpentier⁽¹⁴⁾ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล 5 ปัจจัย ได้แก่ การผูกมัดผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะทุพโภชนาการ การใช้ยามากกว่า 3 ชนิด การคายสับสนปัสสาวะ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษา นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเชิงมนทัศน์สำหรับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของ Partnership for 21st Century Skills⁽¹⁵⁾ ที่การจัดการเรียนการสอนต้องสอดคล้องกับความสนใจ ความสามารถและความถนัด เน้นการบูรณาการความรู้ในศาสตร์สาขาต่างๆ ให้หลากหลายวิธีการสอน หลากหลายแหล่งความรู้ ให้สามารถพัฒนาปัญญาอย่างหลากหลาย ซึ่งการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะศตวรรษที่ 21



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

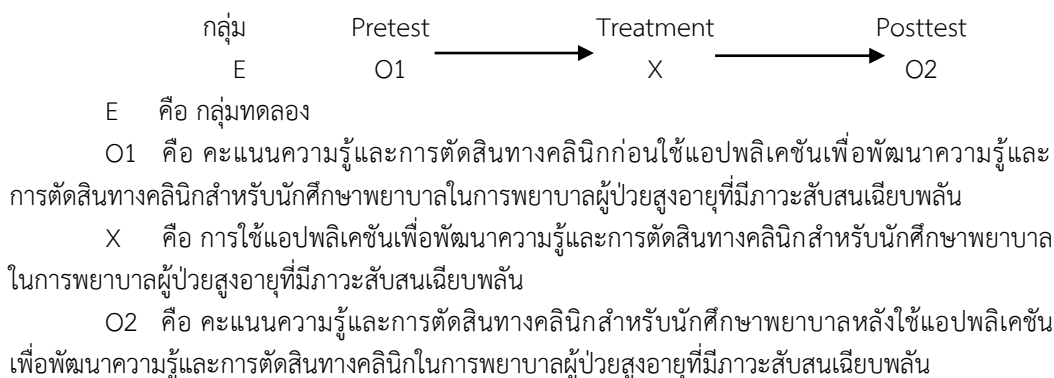
การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ One group pretest-posttest design ที่มีการทดลองก่อนใช้และหลังใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยศึกษากับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ห้อง A ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทั้งหมดจำนวน 199 คน แบ่งเป็นห้อง 2 ห้อง ห้อง A จำนวน 97 คน ห้อง B จำนวน 102 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ห้อง A ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 80 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เนื่องจากเป็นช่วงที่นักศึกษาอยู่ระหว่างการเตรียมฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2

ตารางที่ 1 แผนการทดลองแบบ one group pretest-posttest design



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชัน

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อประกอบด้วย ความหมาย 1 ข้อ ลักษณะอาการทางคลินิก 5 ข้อ พยาธิสรีรวิทยา 2 ข้อ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิด 4 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 1 ข้อ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ 2 ข้อ ซึ่งวัดระดับการคิดวิเคราะห์และการให้เหตุผลคำถามแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกโดยให้เลือกตอบข้อที่เห็นว่าถูกต้องเพียง 1 ข้อ การคิดคะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ≤ 8 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ 9-11 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง 12-15 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับสูง

3. แบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อคำถาม เพื่อวัดการตัดสินใจทางคลินิกหลังอ่านโจทย์สถานการณ์หรือคู่มือสถานการณ์ เป็นคำถาม 9 ข้อ จากสถานการณ์ๆ ละ 3 ข้อ มี 3 สถานการณ์ ซึ่งวัดระดับการคิดวิเคราะห์และการให้เหตุผลคำถามแต่ละข้อ มี 4 ตัวเลือกโดยให้เลือกตอบข้อที่เห็นว่าถูกต้องเพียง 1 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ≤ 5 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ 6-7 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง 8-9 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับสูง

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถาม 5 ระดับ ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านการพัฒนาความรู้จำนวน 3 ข้อ ความพึงพอใจด้านการพัฒนาทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุขั้นพื้นฐานจำนวน 2 ข้อ ความพึงพอใจด้านการนำไปใช้จำนวน 3 ข้อ และความพึงพอใจในภาพรวม จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับคะแนน 5 หมายถึง รู้สึกพอใจมากที่สุด ระดับคะแนน 4 หมายถึง รู้สึกพอใจมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง รู้สึกพอใจปานกลาง ระดับคะแนน 2 หมายถึง รู้สึกพอใจน้อย ระดับคะแนน 1 หมายถึง รู้สึกพอใจน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 แสดงถึงระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 แสดงถึง ระดับความพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 แสดงถึงระดับความพึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 แสดงถึง ระดับความพึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 แสดงถึงระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการสอนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ภาษาความเหมาะสมของข้อคำถาม และความครบถ้วนของข้อคำถาม โดยใช้เทคนิคหาตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยค่า CVI ไม่น้อยกว่า 0.80⁽¹⁶⁾ ได้ผลดังนี้ แบบวัดความรู้

ได้ความสอดคล้องของข้อความถามกับแนวคิดทฤษฎีมีค่า CVI เท่ากับ 0.93 ความชัดเจนของข้อความถามมีค่า CVI เท่ากับ 0.98 ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้มีค่า CVI เท่ากับ 0.93 ส่วนแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ CVI เท่ากับ 1 ส่วนจิตยส์สถานการณ์ การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน CVI เท่ากับ 1 สำหรับแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันได้ CVI เท่ากับ 1

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ แบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จากนั้นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยแบบทดสอบความรู้ และแบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิกคำนวณหาความเชื่อมั่น ด้วยวิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson) KR 20 ได้เท่ากับ 0.79 และ 0.75 ตามลำดับ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ขั้นตอนการพัฒนาแอปพลิเคชัน

1. ศึกษาวิธีการสร้างแบบทดสอบความรู้และการตัดสินใจทางคลินิก และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบทดสอบความรู้ การตัดสินใจทางคลินิก และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. สร้างแบบทดสอบความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน
3. นำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านแล้ว มาพัฒนาแอปพลิเคชัน และตรวจสอบคุณภาพแอปพลิเคชันโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาและใช้ออปพลิเคชัน 3 ท่าน โดยเป็นแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน (Mobile application) ที่ใช้ระบบปฏิบัติการ Android
4. หาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้ออปพลิเคชันกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ โดยแบบทดสอบความรู้ แบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิกในแอปพลิเคชัน ได้ KR 20 ได้เท่ากับ 0.73 และ 0.66 ตามลำดับ
5. นำแอปพลิเคชันไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ รหัสโครงการ 5/2564 วันที่ 17 ธันวาคม 2563 ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ โดยไม่ต้องแจ้ง

ให้คณะผู้วิจัยทราบล่วงหน้า และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และจะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบกลุ่มนักศึกษา และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการศึกษานี้ เมื่อนักศึกษายินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ผู้วิจัยจะส่งลิงก์แอปพลิเคชัน และ Google form ประเมินความพึงพอใจให้นักศึกษาเลือกกลองยินยอมลงนามการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed consent form) ใน Google form หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม 4 ส่วน โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที โดยให้นักศึกษาเลือกทำในเวลาที่เหมาะสม

การดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบก่อนเข้าร่วมโดยใช้แอปพลิเคชัน (Pre-Test) โดยวัดความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกใน Google form เป็นการวัดความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ก่อนใช้แอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างศึกษาความรู้จากแอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

1) การเรียนรู้เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ

ความรู้พื้นฐานของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุประกอบด้วย ความหมาย ลักษณะอาการทางคลินิก พยาธิสรีระวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงการวินิจฉัยแยกโรค เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ

2) การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุโดยใช้เครื่องมือ The Confusion Assessment Method (CAM) จำนวน 4 ข้อ

3) การพยาบาลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 11 ข้อ

4) การเรียนรู้ทักษะการดูแลประเมินผู้ป่วยสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ จากสื่อวีดิทัศน์ความยาว 3 นาที มีทั้งหมด 3 สถานการณ์ สถานการณ์ละ 3 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบหลัง (Post-test) โดยวัดความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกใน Google form เป็นการวัดความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังใช้แอปพลิเคชัน และประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันทั้ง 3 ขั้นตอนใช้เวลา 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส จากนั้นวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันให้ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ

2. แบบทดสอบความรู้และแบบทดสอบการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน พิสัย และ Paired t-test

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

การวิจัยครั้งนี้มีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ไม่เข้าร่วมวิจัย 17 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.8 เป็นเพศชายร้อยละ 6.2 โดยมีอายุน้อยที่สุด 20 ปี และอายุมากที่สุด 22 ปีขึ้นไป อายุ 21 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 63.7 รองลงมาเป็นอายุ 20 ปี ร้อยละ 28.7 และอายุ 22 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 7.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ย 2.50-3.00 มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 75 รองลงมาเป็นเกรดเฉลี่ย 3.00-3.50 ร้อยละ 16.2 และเกรดเฉลี่ย 2.00-2.50 ร้อยละ 5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ย 3.50-4.00 มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 3.7 สำหรับประสบการณ์การใช้ออปพลิเคชันให้ความรู้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ร้อยละ 58.8 และไม่เคยใช้ร้อยละ 41.2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้ออปพลิเคชัน

ความรู้	N	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย	Paired t-test	p-value
ก่อนใช้ออปพลิเคชัน	80	8.66	2.92	14	0.14	0.000**
หลังใช้ออปพลิเคชัน	80	12.31	3.01	13		

เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้ออปพลิเคชัน พบว่าความรู้หลังใช้ออปพลิเคชันสูงกว่าก่อนใช้ออปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้ออปพลิเคชัน

การตัดสินใจทางคลินิก	N	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าพิสัย	Paired t-test	p-value
ก่อนใช้ออปพลิเคชัน	80	5.09	1.99	9	0.09	0.000**
หลังใช้ออปพลิเคชัน	80	6.58	2.39	8		

เปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้ออปพลิเคชัน พบว่าการตัดสินใจทางคลินิกหลังใช้ออปพลิเคชันสูงกว่าก่อนใช้ออปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่าภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.62$) โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้าน ดังนี้ 1) ความตรงตามความต้องการของผู้ใช้แอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.38$, $SD=0.66$) 2) การทำงานได้ตามฟังก์ชันการทำงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.60$) และ 3) ความง่ายต่อการใช้งานแอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.36$, $SD=0.60$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่องผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน อภิปรายผลเป็นประเด็น ได้ดังนี้

1. ผลเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน โดยหลังใช้แอปพลิเคชันนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นั้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากแอปพลิเคชัน ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น เนื่องจากเนื้อหาในแอปพลิเคชันช่วยให้เข้าใจได้ง่ายและแอปพลิเคชันดึงดูดความสนใจต่อผู้ใช้ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของสายสมร เฉลยกิตติ และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยนวัตกรรมสื่อการสอนเสมือนจริงโดยสมาร์ทโฟน พบว่าการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนเสมือนจริงในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์พบว่าผู้เรียนมีความรู้มากขึ้นหลังการศึกษาผ่านสื่อการเรียนในสมาร์ทโฟน ($\bar{X}=4.48$, $SD=0.55$) นอกจากนี้ การใช้แอปพลิเคชันยังช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ ดังงานวิจัยของ ดุแสยูโซะ กุจิ และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนออนไลน์โดยใช้ Zoom Application กับนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์สามารถเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้สูงกว่าก่อนใช้ Zoom Application

2. ผลเปรียบเทียบการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกมากกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นั้น เนื่องจากเนื้อหาในแอปพลิเคชันมีสถานการณ์จำลองเป็นตัวอย่างประกอบ ทำให้เข้าใจได้มากยิ่งขึ้น ผลการใช้แอปพลิเคชันยังสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Connor & Andrews⁽¹⁹⁾ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลเห็นประโยชน์ของการใช้สมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ในคลินิก โดยช่วยเพิ่มความรู้ สร้างความมั่นใจ และลดระดับความวิตกกังวลในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่ง Pouralizadeh et al.⁽²⁰⁾ พบว่า การสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิกที่นอกเหนือจากการฝึกคิดอย่างมีวิจารณญาณ การมีจริยธรรมวิชาชีพ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล การจัดบริบทสิ่งแวดล้อมแห่งการเรียนรู้ และการเป็นแบบอย่างของอาจารย์ผู้สอนในคลินิกแล้วนั้น อาจารย์ต้องหากกลยุทธ์เพื่อเสริมการคิดให้กับนักศึกษา การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกให้นักศึกษาได้ แต่อย่างไรก็ตาม การสังเคราะห์ความรู้ของ ตรีชฎา ปุณสำเร็จ และ สุพรรณิ กัณหดิลก⁽²¹⁾ ที่ได้เสนอว่าผู้สอนควรกระตุ้นให้ผู้เรียน การสะท้อนการเรียนรู้ (Reflecting) โดยผู้เรียนสะท้อนคิดเกี่ยวกับ ปฏิบัติการพยาบาลทั้งในขณะและสิ้นสุดสถานการณ์ ทำให้

ผู้เรียนเกิดการพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิก โดยผลจากการเรียนรู้สถานการณ์ในคลินิกปัจจุบันจะกลายเป็น ภูมิหลัง บริบท ประสบการณ์ของผู้เรียนในขั้นตอนการให้ความสนใจและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น (Noticing) เมื่อเกิดสถานการณ์คล้ายคลึงกันอีกครั้งต่อไป และมีการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้จากการตอบสนอง ของผู้รับบริการ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนผู้เรียนที่มีความไว (Sense) ต่อการเปลี่ยนแปลงที่ละเอียดอ่อนของผู้รับบริการผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันเท่านั้น ยังไม่นำกระบวนการ สะท้อนคิดมาใช้ จึงเป็นเพียงการวัดผลการตัดสินใจทางคลินิกก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชันที่เป็นสถานการณ์ บทบาทสมมติ เพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกให้กับนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มี ภาวะสับสนเฉียบพลัน

3. ความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ปัจจุบันนักศึกษาทุกคนใช้สมาร์ตโฟน เพื่อการเรียนรู้และการสื่อสารอยู่ตลอดเวลา จากงานวิจัยของ เอกรงค์ ปั่นพงษ์, พิชญาพร ประครองใจ และ สิทธิรินทร์ คงสง⁽²²⁾ ที่ศึกษารูปแบบดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมการใช้นวัตกรรมสื่อสารผ่าน Application : Line ทางโทรศัพท์สมาร์ตโฟนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่าเหตุผลหนึ่งในการใช้แอปพลิเคชัน เป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการดำเนินชีวิต ด้านปัจจัยการศึกษาเล่าเรียน ครอบครัวและการใช้ชีวิต เช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลที่ทุกคนใช้เหตุผลเดียวกัน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านความตรง ตามความต้องการของผู้ใช้แอปพลิเคชันมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายถึงแอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้ และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ใช้ประโยชน์ได้ตรงตามความต้องการเพื่อสร้างความมั่นใจในการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้อง กับผลการวิจัยของ อรุณดา แซ่โศ้ว⁽²³⁾ พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีที่ได้มี การจัดการความรู้ผ่านเว็บแอปพลิเคชันการจัดการความรู้ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่สำหรับนักศึกษา ระดับปริญญาตรี โดยความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ หัวข้อเว็บแอปพลิเคชันการจัดการความรู้เรื่องหลักการ ออกแบบหน้าเว็บ CAI (Computer Assisted Instruction) ให้น่าสนใจ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ เว็บแอปพลิเคชันการจัดการความรู้ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าเดิมเกิดความเข้าใจในการเรียน เพิ่มขึ้นช่วยให้มีการปฏิสัมพันธ์กันง่ายมากขึ้น ข้อมูลมีความทันสมัยเข้ากับยุคปัจจุบันเป็นประโยชน์ ในการเรียนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเรื่องผลการใช้แอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาความรู้และการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับ นักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา คุณภาพการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้หรือการวิจัยต่อไป ดังนี้

1. ด้านการศึกษา ควรให้ความสำคัญในการสร้างความตระหนักให้กับนักศึกษาพยาบาลในการประเมิน การเฝ้าระวังและการจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาในโรงพยาบาลไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือ เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ด้านการวิจัย ควรมีการพัฒนาแอปพลิเคชันให้ใช้ง่ายมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาทดลองใช้ แอปพลิเคชันในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และควรมีการทดลองใช้ในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ที่มีผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงหรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ขอบขอบคุณผู้เขียนแอปพลิเคชัน นักศึกษาพยาบาลที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัย รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 49 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Inouye SK, Bogardus Jr ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of medicine*. 1999;340(9):669-76.
2. Akechi TO. Delirium Training Program for Nurses. *Psychosomatics*. 2010;51(2):106-11.
3. Pisani MA, Murphy TE, Araujo KLB, Van Ness PH. Factors associated with persistent delirium after intensive care unit admission in an older medication patient population. *Journal of Critical Care*. 2010;25(3):540.e1-e7.
4. Horacek RP. Delirium in surgery intensive care unit. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2011;53(53):121-33.
5. Lee KH, Ha YC, Lee YK, Kang H, Koo KH. Frequency, Risk Factors, and Prognosis of Prolonged Delirium in Elderly Patients after Hip Fracture Surgery. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2011;469(9):2612-20.
6. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention, and treatment. *Nat Rev Neuro* 2009;5(4):210-20.
7. นงลักษณ์ พานิช, ยุภา ภูผา, ศิริญา วัชรวัฒนผล, นัฐวิภาณ์ ชาญประโคน. แนวทางการพยาบาลเพื่อตรวจภาวะซึมเศร้าแบบฉบับ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2559.
8. กุลธิดา เมธาวิน. ภาวะซึมเศร้าแบบฉบับ การวินิจฉัย แบบประเมินและแนวทางการรักษา.วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2561;13(3):21-9.
9. KuKreja D, Gunther U, Popp J. Delirium in the elderly: current problems with increasing geriatric age. *Indian J Med Res*. 2015;142(6):655-62.
10. Koster S, Hensens AG, Schuurmans MJ, van der Palen J. Risk factors of delirium after cardiac surgery: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011;10(4):197-204.
11. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *British Medical Journal* 2007;334(7598):842-6.
12. ลีต้า อาษาวิเศษ, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อภาวะซึมเศร้าแบบฉบับหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(4): 235-43.

13. Puentes WJ, Bradway CK, Aselage M. Older adult mental: Teaching Senior-level baccalaureate nursing; What they need to know. *Journal of Gerontological Nursing* 2010;36(7):44-53.
14. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 1996;275:852-7.
15. Partnership for 21st Century Skill. Framework for 21st Century Learning. (Online). 2002. [cited 2020 Oct 5]. Available from: <http://www.p21.org/our-work/p21-framework>
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
17. สายสมร เฉลยกิตติ, สรินทร เชี่ยวโสธร, ญาดา น้อยเลิศ. การพัฒนาการเรียนรู้ด้วยนวัตกรรมสื่อการสอนเสมือนจริงโดยสมาร์โฟน. *รามาชิตีพยาบาลสาร*. 2562;25(1):5-25.
18. คูแฉวยโซะ กุจิ, อติสร ศิริ, ธวัชศักย์ ตั้งปณิธานวัฒน์, จารึก สระอิส, ขวัญชัย ชัฒน์ศักดิ์. ผลการจัดการเรียนการสอนออนไลน์โดยใช้ Zoom Application ในรายวิชาพลศึกษาสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2564;14(2):76-84.
19. O'Connor S, Andrews T. Smartphones and mobile applications (apps) in clinical nursing education: A student perspective. *Nurse Educ Today*. 2018 Oct;69:172-8.
20. Pouralizadeh M, Khankeh H, Ebadi A, Dalvandi A. Factors Influencing Nursing Students' Clinical Judgment: A Qualitative Directed Content Analysis in an Iranian Context. *J Clin Diagn Res* 2017;11(5):JC01–JC04.
21. ตรีชฎา ปุณสำเร็จ, สุพรรณิ กัณห์ดิลก. การตัดสินใจทางคลินิก: ทักษะจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*. 2561;18(35):81-93.
22. เกรงรงค์ บัณพงษ์, พิษญาพร ประครองใจ, สีขรินทร์ คงสง. รูปแบบดำเนินชีวิตกับพฤติกรรมการใช้ นวัตกรรมการสื่อสารผ่าน Application : Line ทางโทรศัพท์สมาร์โฟนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในจังหวัดพิษณุโลก. สักทอง: *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 2563;26(2):81-90.
23. อรลดา แซ่ไคว้. เว็บแอปพลิเคชันการจัดการความรู้ ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2558.

ผลของการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

อรุณ บุญสร้าง^{*a}, อารี บุตรสอน^{**}, กิตติ เหลาสภาพ^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ พี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี จำนวน 94 คน ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2564 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับกองทุนเพิ่มขึ้น 2.06 คะแนน (95% CI = 1.92-2.21) ทักษะการดำเนินงานกองทุนเพิ่มขึ้น 2.18 คะแนน (95% CI = 2.08-2.28) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกองทุนเพิ่มขึ้น 2.18 คะแนน (95% CI = 2.07-2.29) การทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้น 2.07 คะแนน (95% CI = 1.92-2.23) และทักษะการเป็นโค้ชเพิ่มขึ้น 2.29 คะแนน (95% CI = 2.16-2.42) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ; พี่เลี้ยง; กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10

* อาจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^a ผู้เขียนหลัก อรุณ บุญสร้าง Email : arun.b@ubu.ac.th

รับบทความ: 22 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 13 มี.ค. 65; ตอปรับตีพิมพ์: 13 มี.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 21 มี.ค. 65

Results from the Development Process for Local Health Security Fund Mentor Team, National Health Security Office Region 10, Ubon Ratchathani

Arun Boonsang^{*a}, Aree Butsorn^{**}, Kitti Loasupap^{**}

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to study the results of the development of competency of the local health security fund mentor team for the National Health Security Office Region 10, Ubon Ratchathani. The sample group was the local health security fund mentor under the National Health Security Office Region 10, Ubon Ratchathani. There were 94 people selected to attend the program to develop their competency. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher between May 1, 2021 and September 30, 2021. The data were analyzed and presented using frequencies, percentages, means, and standard deviations. The mean differences of the variables before and after the experiment were compared using paired t-test statistics. The results showed that, after using the program, the samples had knowledge mean score increased by 2.06 points (95% CI = 1.92-2.21), their attitude towards fund operations mean score increased by 2.18 points (95% CI = 2.08-2.28), their participations in fund monitoring and evaluation mean score increased by 2.18 points (95% CI = 2.07-2.29), the teamwork mean score increased by 2.07 points (95% CI = 1.92-2.23), and their coaching skills mean score increased by 2.29 points (95% CI = 2.16-2.42), all were significant at $p=0.05$. The results showed that the developed program was effective according to the set objectives.

Keywords: Competency development; Mentor; Local health security fund;
National Health Security Office Region 10

* Lecturer, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

** Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

^a Corresponding author : Arun Boonsang Email : arun.b@ubu.ac.th

บทนำ

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ถึงช่วงก่อน พ.ศ. 2535 ประเทศไทยมีรูปแบบการกระจายอำนาจทางการเมืองการปกครองเป็นแบบอมตยาธิปไตย (Bureaucratic polity) คือ รูปแบบที่กลุ่มข้าราชการประจำเป็นกลุ่มที่ถืออำนาจทางการเมือง ซึ่งแม้จะมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เกิดขึ้นแล้ว เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่องค์กรเหล่านี้ยังคงมีอำนาจหน้าที่ที่จำกัดและถูกควบคุมโดย ข้าราชการประจำช่วงหลังปี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2540 มีความเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยน ผ่านไปสู่การกระจายอำนาจ เช่น มีการตรา พ.ร.บ. สถาปนาและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ถือว่า ประเทศไทยเข้าสู่ยุคการกระจายอำนาจอย่างเป็นระบบพร้อมกับการตรารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540^(1,2)

สำหรับนโยบายทางด้านสุขภาพในประเทศไทย ได้ใช้แนวคิดในการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นเช่นกัน ซึ่งแนวคิดการกระจายอำนาจนี้ได้ถูกแสดงเป็นรูปธรรมอยู่ใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 นอกจากนี้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มาตรา 51 กำหนดไว้ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับ บริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน มาตรา 80 (2) ที่กำหนดให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน และ พัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน และ พ.ร.บ. กระจาย อำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เพื่อเน้นพัฒนาการพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น โดยเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในทางปฏิบัติได้มีการจัดตั้ง กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2545⁽³⁾

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สนับสนุนและส่งเสริมให้ กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยให้ท้องถิ่นหรือพื้นที่มีส่วนร่วมตามความ พร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชน โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ ฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่ และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่⁽³⁾

เพื่อดำเนินงานได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กองทุนฯ มีองค์ประกอบ ดังนี้ คณะกรรมการกองทุน เงินของกองทุน แผนงานหรือโครงการ การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ระบบรายงานของกองทุน และการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน⁽³⁾ กองทุนฯ ได้ดำเนินการมาแล้ว 15 ปี และพบปัญหา คือ อปท. ขาดความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการโครงการ ขาดเครื่องมือในการบริหารจัดการกองทุนโดยเฉพาะด้านการเงินและบัญชี ทำให้เกิดการส่งรายงานล่าช้า ขาดเครื่องมือที่ใช้ติดตาม ประเมินผล แปลผลการดำเนินงานทั้งด้านการเงินบัญชี โครงการ และข้อมูลพื้นฐาน⁽⁴⁾

หลังพบปัญหา สปสช. และ อปท. จึงมีความพยายามในการพัฒนาศักยภาพการจัดการกองทุน โดยใช้รูปแบบกิจกรรม คือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ Monitoring & Evaluation พัฒนากองทุนให้เป็นศูนย์ เรียนรู้ระดับพื้นที่ และการกำหนดเกณฑ์สำหรับการติดตามประเมินผล โดยกำหนดเป็นคะแนนในแต่ละ หมวดหมู่ ประเมินการบริหารจัดการกองทุน การมีส่วนร่วม ผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีแนวทางการประเมิน คือ สัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เช่น นายก อบต. หัวหน้าหน่วยบริการ

สาธารณสุขในพื้นที่ ฯลฯ รายงาน จำนวนครั้งที่ประชุม และเนื้อหารายงานประชุม⁽³⁾ ภายหลังการพัฒนาศักยภาพการจัดการกองทุนหลายพื้นที่ ที่มีแนวโน้มการทำงานที่ดีขึ้น โดยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลเสริมการทำงานได้แก่ การบริหารจัดการที่ดี ภาวะผู้นำที่สูง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเข้าถึงปัญหาชุมชน^(5,7) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน⁽⁶⁾ การขาดงบประมาณ^(8,9) การขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขาดความรู้ความเข้าใจต่อแนวคิดและวัตถุประสงค์ของกองทุน และการขาดทักษะในการจัดทำแผนงาน/โครงการ⁽⁹⁾ ถึงแม้ว่าได้ค้นพบปัจจัยที่ส่งผลบวกและลบ หลายปัจจัยก็ยังพบว่ามียังหลายปัจจัยที่ยังขาดการประเมินหาความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการดำเนินการ เช่น ทักษะคิดของคนในพื้นที่ต่อ อปท. รวมไปถึงกระบวนการคัดเลือกคณะกรรมการว่ามีหลักการคัดเลือกคุณสมบัติ อย่างไร รวมไปถึงการป้อนข้อมูลย้อนกลับไปถึงระดับผู้กำหนดนโยบาย

นอกจากปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนข้างต้นยังมีปัญหาสำคัญของกองทุน คือ การเหลือ งบประมาณกองทุนฯสะสมรอการเบิกจ่ายจาก อปท. ทั่วประเทศรวมแล้วกว่า 7,000 ล้านบาท สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากที่ผ่านมาได้เกิดการท้วงติงจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ถึงหลักเกณฑ์การใช้จ่าย เงินกองทุนท้องถิ่นว่าต้องยึดตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย แต่ในอดีต เมื่อปี 2550 กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่นจะเคยมีประกาศให้ดำเนินการตามระเบียบของ สปสช. ท้องถิ่นเกิดความสับสนในหลักเกณฑ์การ เบิกจ่ายจึงหลีกเลี่ยงไม่ใช้เงินจากกองทุนนี้ทำให้มีเงินกองทุนเหลือจำนวนมาก นอกจากนี้จากการทบทวน วรรณกรรม ยังพบว่ายังไม่มีมีการประเมินถึงความต้องการสนับสนุนทางการเงินในท้องถิ่นว่า งบประมาณจัดสรรที่ได้ มีความเพียงพอหรือไม่ อย่างไร โดยหลักการแล้ว การจัดตั้งกองทุนฯ เป็นหนึ่งในนโยบายเพื่อส่งเสริมการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น ถือเป็นหนึ่งในนวัตกรรมเชิงนโยบายที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และลดความเหลื่อมล้ำ ด้านสุขภาพโดยใช้กลไกระดับพื้นที่ แต่จากการดำเนินการมาเป็นเวลา 15 ปี กองทุนก็ประสบปัญหาต่างๆ ซึ่ง แม้จะมีความพยายามแก้ไขปัญหามาแล้วก็ยังมี งบประมาณกองทุนที่ยังไม่ได้นำไปใช้เป็นจำนวนหลายพันล้าน บาทซึ่งบ่งบอกถึงการดำเนินการที่ทำไม่ได้เต็ม ศักยภาพ จึงนำไปสู่คำถามวิจัยหลักที่ว่า ควรมีการส่งเสริมให้มี การใช้นโยบายกองทุนฯต่อไปอีกหรือไม่ และ มีคำถามวิจัยย่อย คือ การดำเนินงานในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดผลลัพธ์ และผลกระทบต่อชุมชนอย่างไร การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ กองทุนฯ มีความสอดคล้อง ชัดแจ้ง หรือซ้ำซ้อนกับ ระบบสวัสดิการชุมชนอื่นๆ อย่างไร และมีปัจจัยภายใต้ ความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ ปัจจัย นอกเหนือความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ แต่ยังมีอยู่ ภายใต้กลไกของรัฐ และปัจจัยที่อยู่นอกเหนือ กลไกของรัฐใดที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกองทุนฯ โดย ดำเนินการวิจัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) เริ่มในปี 2549 โดยมี อปท. ร่วมนำร่อง 888 แห่ง และจากนั้นได้มี อปท. เข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบัน อปท. เกือบทั่วประเทศได้เข้าร่วมจัดตั้ง กองทุนนี้ ขณะที่กองทุนระบบดูแลและยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเริ่มในปี 2559 รัฐบาล ให้การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม ที่ผ่านมามี อปท. จำนวนไม่น้อยที่เข้าร่วมจัดระบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตนเอง เช่นเดียวกับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นระดับจังหวัด ที่ได้เริ่มในปี 2554 โดยดึง อปท. ที่มีความพร้อมเข้ามีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการ ในจังหวัด ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับผู้ป่วยและผู้พิการที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เพิ่มขึ้น ตามมาตรา 47 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้ประชาชนและองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่เข้ามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสร้างความเป็นเจ้าของของทุกภาพส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน และจากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.) ที่ผ่านมา ได้มีข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป ในปี 2561 ส่งผลให้มีการแก้ไขประกาศและพัฒนาศักยภาพกลไกการขับเคลื่อนงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและเพื่อให้การสอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 และเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด พ.ศ. 2562 และแผนพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดบทบาทที่เลี้ยงกองทุนเป็นทีมสนับสนุนและกำกับติดตาม โดยเป็นกลไกหลักระดับเขตและระดับจังหวัดทั้งนี้เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงให้เกิดการรับรู้ และสร้างความเข้าใจในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างเครื่องมือพัฒนาระบบการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน กปท. ประกอบด้วย 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือ “กองทุนสุขภาพตำบล” ปัจจุบันมีจำนวน 7,738 แห่ง 2) กองทุนระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีจำนวน 6,003 แห่ง และ 3) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นระดับจังหวัดมีจำนวน 46 แห่งเพื่อการสร้างการรับรู้และสร้างความเข้าใจ กฎเกณฑ์ ระเบียบการบริหารจัดการตลอดจนสามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาเฉพาะในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยให้ประชาชนในพื้นที่ จึงนำมาสู่การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยง กองทุนฯ ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

จากปัญหาการดำเนินงานกองทุนด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ ประชาชนขาดโอกาสและไม่ได้รับประโยชน์จากเงินกองทุน ปัญหาพื้นที่ด้านการเบิกจ่ายงบประมาณ และการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพทีมที่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี เพื่อให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเกิดประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานกองทุนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัยหลัก

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพทีมที่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

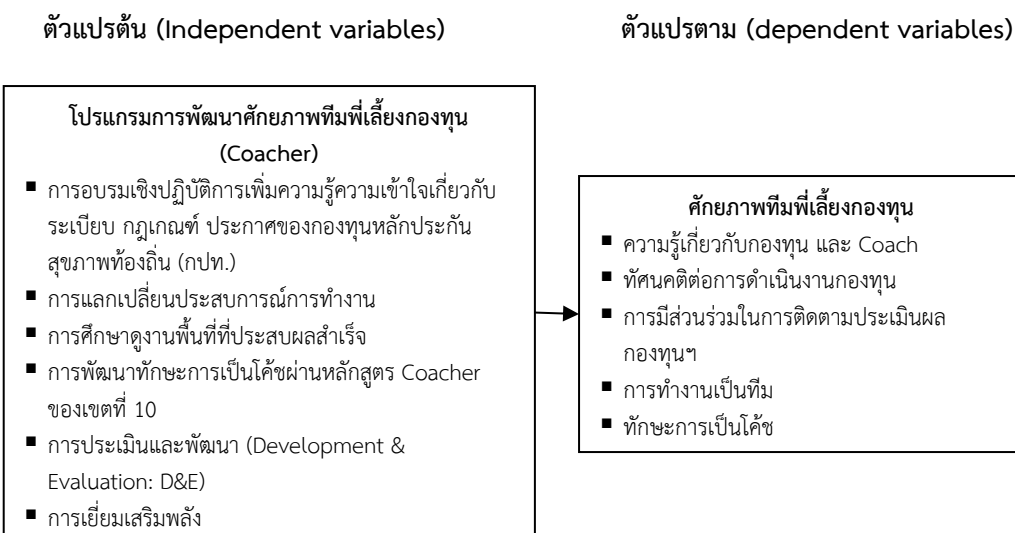
เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุน ทักษะต่อการดำเนินงานกองทุน การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกองทุน การทำงานเป็นทีม และทักษะการเป็นโค้ชก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพทีมที่เลี้ยงกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหารและ อุบลราชธานีโดยมีระยะเวลา ดำเนินการตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2564-30 กันยายน 2564

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ทั้งจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี โดยสมัครใจ จำนวน 94 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ งานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ที่ทำหน้าที่เป็นทีมพี่เลี้ยงกองทุน ซึ่งเป็นตัวแทนแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 อย่างน้อยอำเภอละ 1 คน (มี 70 อำเภอ) ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ยินดีให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวสำหรับทีมพี่เลี้ยงกองทุน มีทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ทำงานในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และ ประวัติเกี่ยวกับการเป็นพี่เลี้ยงกองทุนฯ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ Coacher ประกอบด้วย หมวดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการดำเนินงานกองทุน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เป็นด้วย

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกองทุน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เป็นด้วย

ส่วนที่ 5 การทำงานเป็นทีม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ Coacher มีทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มาก ปานกลาง น้อย

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า โดยทุกข้อคำถามต้องมีคะแนนความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.5-1 ด้านความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่เขตสุขภาพที่ 9 หาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้โดยใช้ KR-20 ด้านทัศนคติ การทำงานเป็นทีม และทักษะการทำหน้าที่ Coacher หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74, 0.82 และ 0.78 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ รายได้ และแจกแจงความถี่ของข้อมูลเป็นจำนวนและร้อยละเพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลที่เป็นตัวแปรแจกแจงของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และ ระดับการศึกษา

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการเปรียบเทียบเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุน ทศนคติต่อการดำเนินงานกองทุน การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกองทุน การทำงานเป็นทีม และทักษะการเป็นโค้ชก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนสุขภาพท้องถิ่น โดยใช้สถิติ Paired t - test

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ SSJ.UB 049 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2564 โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเป็นความลับ การให้ข้อมูลจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล อาสาสมัครสามารถตอบข้อคำถามหรือไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ และสามารถถอนตัวจากวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59.6 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.54 ปี ($SD=4.36$ ปี) มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 78.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.5 มีมีฐานของรายได้ของครอบครัวเท่ากับ 20,000 บาท (รายได้ต่ำสุด 15,000 บาท รายได้มากที่สุด 52,500 บาท) มีประสบการณ์ทำงานในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเฉลี่ย 4 ปี ($SD=1.12$ ปี) และ เคยเป็นพี่เลี้ยงกองทุนฯ ร้อยละ 73.4 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุน ทักษะการดำเนินงานกองทุน การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกองทุน การทำงานเป็นทีม และทักษะการเป็นโค้ชก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุน ทักษะการดำเนินงานกองทุน การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกองทุน การทำงานเป็นทีม และทักษะการเป็นโค้ชก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนสุขภาพท้องถิ่นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุน กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 2.06 คะแนน (95% CI=1.92-2.21) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการดำเนินงานกองทุนเพิ่มขึ้น 2.18 คะแนน (95% CI=2.08-2.28) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกองทุนเพิ่มขึ้น 2.18 คะแนน (95% CI=2.07-2.29) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้น 2.07 คะแนน (95% CI=1.92-2.23) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการเป็นโค้ชเพิ่มขึ้น 2.29 คะแนน (95% CI=2.16-2.42) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับกองทุน ทักษะคิดต่อการดำเนินงาน กองทุน การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกองทุน การทำงานเป็นทีม และทักษะการเป็น โค้ชก่อนและหลังการทดลอง (n=94)

ศักยภาพ ทีมพี่เลี้ยงกองทุน	ก่อน $\bar{X}$ (SD)	หลัง $\bar{X}$ (SD)	$\bar{d}$	95% CI	t	p- value
ความรู้เกี่ยวกับกองทุน	14.15 (1.93)	16.21 (1.66)	2.06	1.92-2.21	28.76.2	<0.001
ทักษะคิดต่อการ ดำเนินงานกองทุน	15.27 (1.60)	17.45 (1.60)	2.18	2.08-2.28	43.6924	<0.001
การมีส่วนร่วมในการ ติดตามกองทุน	13.01 (1.59)	15.19 (1.69)	2.18	2.07-2.29	39.7282	<0.001
การทำงานเป็นทีม	15.25 (1.71)	17.32 (2.15)	2.07	1.92-2.23	26.6998	<0.001
ทักษะการเป็นโค้ช	12.34 (1.78)	14.63 (1.76)	2.29	2.16-2.42	34.2835	<0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษามูลของการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่าง คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับกองทุน ทักษะคิดต่อการดำเนินงานกองทุน การมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผลกองทุน การทำงานเป็นทีม และทักษะการเป็นโค้ช หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี เพื่อพัฒนา ศักยภาพของทีมพี่เลี้ยงโดยการสร้างองค์ความรู้ ผ่านกิจกรรมเพิ่มสาระนำรู้เรื่องการทำหน้าที่ Coacher ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การพูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงาน กองทุน สร้างการรับรู้และความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจนสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ตามความสามารถของทีมพี่เลี้ยง การร่วมวางแผนในการประเมินกองทุนในพื้นที่ และกิจกรรม เสริมแรงให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานกองทุน สอดคล้องกับการศึกษาของ วชิรา เครือคำอ้าย และชวลิต ขอดศิริ⁽¹⁰⁾ การพัฒนารูปแบบการนิเทศโดยใช้กระบวนการชี้แนะและระบบ พี่เลี้ยง เพื่อส่งเสริมศักยภาพการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา ขั้นพื้นฐาน จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการนิเทศโดยใช้กระบวนการชี้แนะและระบบพี่เลี้ยง เพื่อส่งเสริมศักยภาพการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดเชียงใหม่ ชื่อว่า “ดับเบิลพีแอลซีเอ พลัส” (PPLCA Plus) โดยนำการออกแบบเชิงระบบ ADDIE Model มาใช้เป็นฐานคิดในการวิจัย ทำให้ได้รูปแบบการนิเทศที่ประกอบด้วย ส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ หลักการ เงื่อนไขสำคัญ และองค์ประกอบของรูปแบบ 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1. ขั้นเตรียมความรู้ ก่อนการนิเทศ (Preparing : P) 2. ขั้นวางแผนและออกแบบการนิเทศ (Planning : P) 3. ขั้นเรียนรู้และ แลกเปลี่ยนในการปฏิบัติการนิเทศ (Learning and Sharing : L) 4. ขั้นการนิเทศด้วยกระบวนการชี้แนะและ ระบบพี่เลี้ยง (Coaching and Mentoring : C) 5. ขั้นสะท้อนคิดหลังการนิเทศ (After Action Review : A) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่า มีความเห็นค่าดัชนีความสอดคล้องของรูปแบบการนิเทศฯ สำหรับของผล

การนำรูปแบบการนิเทศดังกล่าวไปใช้ ทำให้เกิดข้อค้นพบระหว่างการศึกษาคือ พลัส (Plus) ได้น้อมนำหลักการทรงงานและศาสตร์ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ 9 (King Bhumibol's Science) มาปฏิบัติในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งนำลักษณะเด่นของหลักการทรงงานมาประยุกต์ใช้แตกต่างกัน ผู้รับการนิเทศสามารถเขียนแผนการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 83.33 และสามารถบันทึกหลังการจัดการเรียนรู้ ได้ชัดเจน ส่วนผลการตรวจสอบพฤติกรรมการชี้แนะ และระบบพี่เลี้ยงของผู้นิเทศอยู่ในระดับมาก คือ ผู้นิเทศสามารถปฏิบัติการนิเทศในรายการที่กำหนดไว้ เดือนละ 2 ครั้งขึ้นไป โดยประเด็นที่ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด คือ การร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการจัดการเรียนรู้ และเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สุจินดา สติรอนันต์ และคณะ⁽¹¹⁾ การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างสมรรถนะการเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ ของอาจารย์พยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า 1. กลยุทธ์การเสริมสร้างสมรรถนะการเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการของอาจารย์พยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์หลัก 13 กลยุทธ์ขับเคลื่อน คือ 1) การพัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะการเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน มี 4 กลยุทธ์ขับเคลื่อน 2) การสร้างและพัฒนาเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับระบบพี่เลี้ยงทางวิชาการทั้งภายในและภายนอกสถาบัน มี 2 กลยุทธ์ขับเคลื่อน 3) การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพี่เลี้ยงทางวิชาการและอาจารย์พยาบาลใหม่/อาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อย มี 4 กลยุทธ์ขับเคลื่อน และ 4) การพัฒนาการบริหารจัดการระบบพี่เลี้ยงทางวิชาการ มี 3 กลยุทธ์ขับเคลื่อน 2. กลยุทธ์การเสริมสร้างสมรรถนะการเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการของอาจารย์พยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้และมีประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ อยู่ในระดับ “มาก” ทุกกลยุทธ์ และ นิรดา เวชญาลักษณ์ และคณะ⁽¹²⁾ แนวทางการพัฒนาครูพี่เลี้ยงและอาจารย์นิเทศเกี่ยวกับการบริหารงานเสริมด้วยการ “Coaching” และชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้บริหารแต่ละโรงเรียนมีประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารงานเสริมด้วยการ Coaching ตระหนักและพร้อมจะร่วมมือและพัฒนาครูพี่เลี้ยง 2) การพัฒนาครูพี่เลี้ยงและอาจารย์นิเทศเกี่ยวกับการ Coaching และ PLC โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มุ่งเน้นการพัฒนาผู้เรียนด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา 3) การพัฒนาสู่ชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพโดยผู้บริหารสถานศึกษาต้องเป็นผู้นำในการสร้างวิสัยทัศน์การเรียนรู้และการพัฒนาวิชาชีพการสร้างชุมชนกัลยาณมิตรและโครงสร้างสนับสนุนชุมชนที่จะส่งผลต่อการเป็นชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ สร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงกองทุนและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะที่เป็นเชิงนโยบายที่สำคัญต่อหน่วยงานระดับนโยบาย หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทุกระดับ ดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรมีการพัฒนาศักยภาพของทีมีที่เลี้ยงกองทุนของระดับเขต จังหวัดและอำเภอ ในด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ประสานและกฎระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกองทุน รวมทั้งเทคนิคการเป็นโค้ชที่ดี โดยการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ทีมีที่เลี้ยงกองทุนควรมาจากหลากหลายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ท้องถิ่นตั้งแต่ระดับเขตจนถึงระดับตำบล และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย เพื่อให้ได้มุมมองครบทุกด้าน อาทิ ด้านผู้กำหนดนโยบายด้านการปฏิบัติและด้านวิชาการ

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรมีทีมประเมินกองทุนจากภายนอก โดยเฉพาะทีมนักวิชาการจากสถาบันการศึกษา เป็นทีมประเมินจากหน่วยงานภายนอกเพื่อไม่ให้มีอคติ ในการดำเนินงานชี้แนะประเด็นที่ต้องแก้ไขและต้องพัฒนาอย่างตรงไปตรงมา

4. รูปแบบการเสริมพลังของทีมีโค้ชกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรมีรูปแบบการติดตามผลการดำเนินงานด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยใช้รูปแบบการประเมินผลเพื่อการพัฒนา (Developing Evaluation: DE) เพื่อติดตาม ความก้าวหน้าและนำผลการดำเนินงานมาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะด้านการนำไปปฏิบัติ

จากผลการวิจัยผู้วิจัยเห็นว่าควรมีข้อเสนอแนะที่เป็นเชิงปฏิบัติการที่สำคัญดังนี้

1. ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการดำเนินงานกองทุนหรือกรมกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยบูรณาการเข้ากับกองทุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care: LTC) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อที่ทีมีที่เลี้ยงจะได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากคณะกรรมการกองทุนที่หลากหลายพื้นที่

2. ควรมีแผนพัฒนาศักยภาพตามบริบทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

2.1 ผู้รับผิดชอบหรือเจ้าภาพหลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเกี่ยวกับ 1) ด้านการเขียนโครงการที่เป็นกิจกรรมเชิงรุกเพื่อเสนองบประมาณ 2) ด้านการบริหารงบประมาณ 3) ด้านการประชาสัมพันธ์ และ 4) การพัฒนาด้านนวัตกรรมของการบริหารจัดการกองทุน

2.2 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทุกคนตั้งแต่ประธานกองทุนจนถึงคณะกรรมการอนุกรรมการต่างๆ เนื่อหาควรประกอบด้วย การคัดเลือกหรือสรรหาสู่การเป็นกรรมการและบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ รวมทั้งภาวะผู้นำด้านการบริหารจัดการกองทุนที่ประสบผลสำเร็จ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการประเมินผลโดยการนำรูปแบบการพัฒนาทีมีที่เลี้ยงกองทุนของ สปสช. เขต 10 ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออุปสรรคการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วม เพื่อก่อให้เกิด นวัตกรรมใหม่ๆ ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เหมาะสมแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. วีระศักดิ์ เครือเทพ. ประเมินผลการกระจายอำนาจของไทยระยะ 15 ปี: สังคมไทยได้อะไร ก้าวหน้า ไปถึงไหน และจะเดินต่อไปกันอย่างไร? กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า; 2557.
2. ศุภสวัสดิ์ ชวัลลย์. การปฏิรูปการกระจายอำนาจและการจัดการปกครองท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: เป็นไท; 2555.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ.2561). กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562.
4. วรยุทธ ดีเลิศแล้ว. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพระดับพื้นที่อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2553.
5. สุรัช เทียมพูล. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการบริหารกองทุนตำบลหนองม่วง อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2560.
6. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. โครงการพัฒนาศักยภาพการทำงานกองทุน สปสช. ขององค์กรภาคีองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, รายงานฉบับสมบูรณ์; 2552.
7. ดิเรก ปัทมสิริรัตน์, สมเมธ แก่นมณี, สมบูรณ์ เจริญจิระตระกูล, ไชยยะ คงมณี, พชรินทร์ สิริสุนทร, พีรธร บุญยรัตพันธุ์, และคณะ. รายงานการวิจัยนโยบายสาธารณะ: ประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ร่วมกับเครือข่ายนักวิจัย สถาบันอุดมศึกษา 8 มหาวิทยาลัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). กรุงเทพฯ; 2550.
8. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. บทสังเคราะห์การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3 / 2552 วันอังคารที่ 18 สิงหาคม 2552. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2552.
9. Bonenberger M, et al. Factors influencing the work efficiency of district health managers in low-resource settings: a qualitative study in Ghana. BMC Health Serv Res. 2016;16:12.
10. วชิรา เครือคำอ้าย, ขวลิท ขอดศิริ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศโดยใช้กระบวนการชี้แนะและระบบที่เลี้ยง เพื่อส่งเสริมศักยภาพการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 1]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/1440>; 2561.
11. สุจินดา สิริอนันต์, ศิริ เจริญวัย, ไพศาล หวังพานิช, สงวนพงศ์ ขวนชม. การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างสมรรถนะการเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการ ของอาจารย์พยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559; 12(1): 31-41.
12. ณิชดา เวชญาลักษณ์, ธัญญาพร ก่องจันทร์, จอมขวัญ รัตนกิจ, สุกัญญา สีสมบา. แนวทางการพัฒนาครูพี่เลี้ยงและอาจารย์นิเทศก์ เกี่ยวกับการหนุนเสริมด้วยการ “Coaching” และชุมชนการเรียนรู้ทางวิชาชีพ. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2562; 7(2):143-62.

ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, พย.ด.^๑, อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี, ส.ม.^{**}, ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ, พย.ม.^{**}

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้เกิดความต้องการพยาบาลในอนาคตที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นและเพิ่มสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์จึงมีความสำคัญสำหรับการเตรียมพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 138 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=15.91$, $SD=3.51$) มีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุ ($\bar{X}=146.64$, $SD=10.31$) และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.26$, $p<0.01$) การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรจัดให้มีรูปแบบการเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างองค์รวมและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ; ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ; นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

^๑ ผู้เขียนหลัก สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ Email : sp8hd@bcnu.ac.th

รับบทความ: 8 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 14 มี.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 15 มี.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 21 มี.ค. 65

Knowledge of Aging Care and Attitudes towards Aging Care among Nursing Students

Suparat Phisaiphanth, Ph.D. (Nursing)^{*a}, Anongluk Vongtree MPH^{**},
Natthaya Chabuakam, M.N.S.^{**}

Abstract

Regarding a dramatically increasing number of older adults, impending nurses with better knowledge, and positive attitudes towards aging care are highly required for improved quality of care and well-being of aged population. Therefore, association between knowledge and attitude toward aging care is needed to be identified for preparing prospect nurses. This correlational research aimed to study knowledge of aging care and attitudes towards aging care, and to determine the relationship between knowledge of aging and attitudes towards aging care among baccalaureate nursing students at Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Ubon Ratchathani. Samples were 138 nursing students who were randomly selected. Data were collected using the demographic questionnaire, the Paltmore Facts on Aging Questionnaire, and the Kogan's Old People Scale Questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics; presentation with frequency, percentage, mean, standard deviation and Spearman's rank correlation coefficients of significance statistic at the 0.05 level.

Results showed that most nursing students rated their knowledge of aging care as a high level ($\bar{X}=15.91$, $SD=3.51$). They also indicated that their attitudes towards aging was positive ($\bar{X}=146.64$, $SD=10.31$). Moreover, the relationship between knowledge of aging and attitudes towards aging care was moderately positive ($r=0.26$, $p<0.01$). The findings recommend that providing knowledge of aging care and cultivating positive attitudes towards aging should be included in nursing curricula in order to create better nurses caring for older adults.

Key words : Knowledge of aging care; Attitudes towards aging care; Older adults;
Nursing students

^{*} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

^{**} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Ubon Ratchathani

^a Corresponding author : Suparat Phisaiphanth Email : sp8hd@bcnu.ac.th

Received: Feb. 8, 22; Revised: Mar. 14, 22; Accepted: Mar. 15, 22; Published Online: Mar. 21, 22

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยพบมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2562-2564 ประเทศไทยมีประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมาก ถึงร้อยละ 16.73, 17.58, และ 18.24 ของประชากรทั้งหมดในประเทศตามลำดับ⁽¹⁾ การที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลทำให้ความต้องการระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของการทำงานในอวัยวะต่างๆ และเกิดความเสื่อมของร่างกายโดยทั่วไป ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและโรคต่างๆ ได้ง่าย รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุจึงมีเพิ่มมากขึ้น ทั้งความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long-term care) ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ลดภาระในการพึ่งพิง และความต้องการการดูแลในระยะประคับประคองอาการ (Palliative care) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุจึงเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในระบบบริการสุขภาพที่สำคัญที่พยาบาลตลอดจนนักศึกษาพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพ จำเป็นต้องมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทยในปัจจุบัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในทุกๆ ปี ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่จัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้มีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติกับผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคและการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตลอดจนอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมาก การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องการบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจและมีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ทั้งความรู้เกี่ยวกับกระบวนการสูงวัย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ ความรู้คิดและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการดูแลปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อที่จะสามารถวางแผนป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุ⁽²⁾ นอกจากนี้การที่สังคมไทยมีลักษณะของครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เพิ่มมากขึ้น ทำให้บทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลทำให้มุมมองหรือทัศนคติของสังคมต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปด้วย จึงเป็นที่น่าสนใจว่าปัจจุบันบุคคลในสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาพยาบาลที่มีหน้าที่จะต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อไปในอนาคตมีมุมมองหรือทัศนคติต่อผู้สูงอายุอย่างไร เนื่องจากความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาลที่ผู้สูงอายุจะได้รับเนื่องจากพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ จะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมองค์รวม ด้วยความเข้าใจ เห็นคุณค่าและให้เกียรติต่อผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาที่ผู้สูงอายุจะให้กับพยาบาลเมื่อมารับบริการสุขภาพ

ถึงแม้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติต่อผู้สูงอายุมีความสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่จะเป็นพยาบาลในอนาคตในการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวกลับพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ⁽³⁾ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ ซึ่งการศึกษา

ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุและการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ⁽⁵⁻⁹⁾ กลุ่มผู้ดูแล⁽¹⁰⁻¹⁶⁾ หรือบุคคลทั่วไป⁽¹⁷⁾ ส่วนการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลพบว่ามุ่งเน้นที่จะศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลเป็นหลัก⁽¹⁸⁻²¹⁾ โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁸⁾ จนถึงมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ⁽²¹⁾ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกับทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลยังมีจำกัด โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกับทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากบริบทในสังคมไทย โดยการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล^(3-4,22) บางการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองแปรผกผันกัน⁽²³⁻²⁴⁾ ในขณะที่บางการศึกษากลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองตัวแปร⁽²⁵⁾ จึงอาจกล่าวได้ว่ายังไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองได้อย่างชัดเจน

ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาลผู้สูงอายุครอบคลุมองค์รวม (Holistic nursing) ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม จึงต้องอาศัยความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุควรมีความรู้ความเข้าใจในความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ยอมรับ ให้เกียรติและเคารพในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ภาคภูมิใจ มีความสุข และให้ความร่วมมือในการพยาบาล ฉะนั้นการเตรียมพยาบาลตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลให้พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อจบไปเป็นพยาบาลต่อไปจึงมีความสำคัญยิ่งจะทำให้นำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายที่จะศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลอันจะช่วยให้การจัดการศึกษาทางการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับการพยาบาลผู้สูงอายุในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

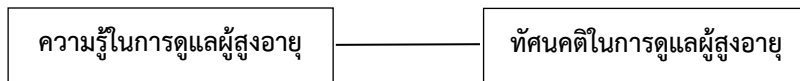
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่สำเร็จการศึกษารายวิชา พย. 1209 ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 138 คน เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม/เอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อผู้สูงอายุ^(3-4,22) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดนี้มาทำเป็นกรอบแนวคิดเพื่อใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ดังแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่กำลังศึกษาอยู่ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่กำลังศึกษาอยู่ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่สำเร็จการศึกษาวិชาการพยาบาลผู้สูงอายุและสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และมีความยินดีที่จะร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ลาป่วยหรือลาจก

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 โดยใช้โปรแกรม G*Power⁽²⁷⁾ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองหาง (Two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ 0.30 ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.95 ทำการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุที่คุณคุ้นเคย (ญาติพี่น้อง) ในรอบปีที่ผ่านมา คุณภาพการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ (ญาติพี่น้อง) การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุอื่น (ที่ไม่ใช่ญาติ) ในรอบปีที่ผ่านมา คุณภาพการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ (ที่ไม่ใช่ญาติ) ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดที่เคยดูแล และการมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมครอบครัว

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Palmore's Facts on Aging Quizzes: FAQs) ของพัลเมอร์⁽²⁸⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดย วิไลพร รังคะวัตและคณะ⁽²⁹⁾ เป็นคำถามเกี่ยวกับร่างกาย จิตใจและสังคม

ของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบถูกหรือผิด ตอบถูก ได้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่ได้มีค่าระหว่าง 0-25 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยคะแนน 0-12 แสดงถึงความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี และคะแนน 13-25 แสดงถึงความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี⁽²³⁾

3. แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ (Modified Kogan's Old People Scale: Modified KOPS) ของ โคแกน⁽³⁰⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดย วิไลพร รังควัตและคณะ⁽³¹⁾ จำนวน 34 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน โดยข้อคำถามทางบวก 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 17 ข้อ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1-7 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในข้อคำถามทางบวก ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 7 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 7 คะแนน และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน คะแนนรวมที่ได้มีค่าระหว่าง 34-238 คะแนน การแปลผลคะแนนทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนทัศนคติเท่ากับ 136 แสดงถึงทัศนคติเป็นกลาง คะแนนทัศนคติมากกว่า 136 แสดงถึงทัศนคติเชิงบวก คะแนนทัศนคติน้อยกว่า 136 แสดงถึงทัศนคติเชิงลบ⁽²⁴⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence) ของแบบสอบถามทั้งสองฉบับเท่ากับ 1.00 แล้วแก้ไขเพิ่มเติมตามความเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้วิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.74 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.81

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ใบรับรองเลขที่ 37/2563 รับรองวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและประโยชน์ของการทำวิจัยซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยในการปรับปรุงการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเว้นที่จะตอบคำถามที่ทำให้รู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งได้อธิบายให้นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจว่าจะไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนและการวัดประเมินผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน
2. ผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์ประจำชั้นเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
4. ทีมผู้วิจัยขอความร่วมมือต่อกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความคิดเห็นของตนเอง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที
6. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ดังนี้ ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.00 ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.10-0.39 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.40-0.69 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.70-0.89 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง และ ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.90-1.00 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก⁽³²⁾

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุเป็นข้อมูลระดับช่วง (Interval scale) กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากการประชากร (Random sampling) การแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal distribution) โดยพิจารณาจากผลการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov of normality มีค่านัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบน้อยกว่านัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ที่ระดับ 0.05 ($\alpha < 0.05$) ทั้งสองตัวแปร ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) จึงวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficients)⁽³³⁾

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.48) มีอายุระหว่าง 19-29 ปี และมีอายุเฉลี่ย 20.14 ปี ($\bar{X}=20.14$, $SD=1.02$) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 100.0) ในรอบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้มีประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเคยติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุที่เป็นญาติพี่น้องของตนทุกสัปดาห์ (ร้อยละ 35.51) และร้อยละ 26.81 ของกลุ่มตัวอย่างมีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุที่เป็นญาติพี่น้องของตนในระดับปานกลาง (10-12 ครั้ง/ปี) ร้อยละ 44.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุอื่น (ที่ไม่ใช่ญาติ) ในรอบปีที่ผ่านมา โดยร้อยละ 30.43 มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุอื่น (ที่ไม่ใช่ญาติ) ในระดับน้อยมาก (1-4 ครั้ง/ปี) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 90.58) เคยดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 1-5 คน (ร้อยละ 82.61) และครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอาศัยร่วมอยู่ด้วย (ร้อยละ 55.80) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=138)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	6.52
หญิง	129	93.48
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	110	79.71
มากกว่า 20 ปี	28	20.29
($\bar{X}=20.14$, $SD=1.02$)		
สถานภาพสมรส		
โสด	138	100.00
การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุที่คุ้นเคย (ญาติพี่น้อง) ในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่ได้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุเลย	3	2.17
มีการติดต่อสื่อสารนานๆ ครั้งทุกปี	31	22.46
มีการติดต่อสื่อสารทุกเดือน	43	31.16
มีการติดต่อสื่อสารทุกสัปดาห์	49	35.51
มีการติดต่อสื่อสารทุกวัน	12	8.70
คุณภาพการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ (ญาติพี่น้อง)		
ไม่พูดกันและไม่มีกิจกรรมร่วมกันเลย	3	2.17
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับน้อยมาก (1-4 ครั้ง/ปี)	21	15.22
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับน้อย (5-9 ครั้ง/ปี)	13	9.42
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับปานกลาง (10-12 ครั้ง/ปี)	37	26.81
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับดี (อย่างน้อย 1 ชม.ทุกเดือน)	30	21.74

ตารางที่ 1 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=138)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรม ร่วมกันในระดับดีมาก (≥ 1 ชม.ทุกสัปดาห์)	27	19.57
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับดีเยี่ยม (≥ 1 ชม.ทุกวัน)	7	5.07
การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุอื่น (ที่ไม่ใช่ญาติ) ในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่ได้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุเลย	11	7.97
มีการติดต่อสื่อสารนานๆ ครั้งทุกปี	61	44.20
มีการติดต่อสื่อสารทุกเดือน	43	31.16
มีการติดต่อสื่อสารทุกสัปดาห์	19	13.77
มีการติดต่อสื่อสารทุกวัน	4	2.90
คุณภาพการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ (ที่ไม่ใช่ญาติ)		
ไม่พูดกันและไม่มีกิจกรรมร่วมกันเลย	11	7.97
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับน้อยมาก (1-4 ครั้ง/ปี)	42	30.43
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับน้อย (5-9 ครั้ง/ปี)	23	16.67
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับปานกลาง (10-12 ครั้ง/ปี)	39	28.26
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับดี (≥ 1 ชม.ทุกเดือน)	16	11.59
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรม ร่วมกันในระดับดีมาก (≥ 1 ชม.ทุกสัปดาห์)	6	4.35
มีการพูดคุยกันดีและมีกิจกรรมร่วมกันในระดับดีเยี่ยม (≥ 1 ชม.ทุกวัน)	1	0.72
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	13	9.42
เคย	125	90.58
จำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดที่เคยดูแล (คน)		
ไม่เคยดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	13	9.42
เคยดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 1-5 คน	114	82.61
เคยดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 6-10 คน	10	7.25
เคยดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 10 คน	1	0.72
($\bar{X}=0.91$, $SD=0.29$)		
การมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมครอบครัว		
ไม่มี	61	44.20
มี	77	55.80

2. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-22 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.91 ($\bar{X}=15.91$, $SD=3.51$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับดี (ร้อยละ 81.16) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n=138)

ตัวแปร	Max	Min	$\bar{X}$	SD	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม	22	0	15.91	3.51	138	100.00
- ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระดับดี					112	81.16
- ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระดับไม่ดี					26	18.84

3. ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 122-195 คะแนน โดยมีคะแนนทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 146.64 ($\bar{X}=146.64$, $SD=10.31$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86.96) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.87 มีทักษะเชิงลบในการดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.17 มีทักษะเป็นกลางในการดูแลผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนทักษะการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง (n=138)

ตัวแปร	Max	Min	$\bar{X}$	SD	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม	195	122	146.64	10.31	138	100.00
- ทักษะเชิงลบในการดูแลผู้สูงอายุ					15	10.87
- ทักษะเป็นกลางในการดูแลผู้สูงอายุ					3	2.17
- ทักษะเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุ					120	86.96

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.26$, $p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ	R	p-value
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	0.26	0.003*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล สามารถอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะตามประเด็นข้อค้นพบ ดังนี้

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมในระดับดี (ร้อยละ 81.16) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 3 ซึ่งได้ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเสร็จสิ้นแล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำเนื่องจากบางการศึกษาพบว่าการศึกษาที่เนื้อหาการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุไม่ได้ถูกแยกออกมาเป็นวิชาเฉพาะ ได้รับการบรรจุรวมในวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์จึงทำให้นักศึกษาได้เรียนเนื้อหาทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุลดลง อีกทั้งการที่นักศึกษาพยาบาลมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราและชมรมผู้สูงอายุลดลง ซึ่งจะส่งผลทำให้โอกาสที่จะได้เรียนรู้จากการให้การดูแลผู้สูงอายุลดลงด้วย⁽⁴⁾ และบางการศึกษายังพบว่าการศึกษาที่นักศึกษาพยาบาลได้เรียนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุในชั้นปีที่หนึ่ง จึงทำให้เมื่อนักศึกษาพยาบาลขึ้นไปเรียนในชั้นปีที่ 4 ไม่สามารถจดจำเนื้อหาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุได้ เมื่อไปประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจึงพบว่ามีความรู้อยู่ในระดับต่ำ⁽³⁾ นอกจากนี้การที่ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับดีซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในอดีตส่วนใหญ่ที่พบว่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำอาจเกิดเนื่องจากการการใช้ชุดตัดแบ่งระดับคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน⁽³⁾ และการใช้แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน⁽⁴⁾ โดยการศึกษาของกิเมียร์และคณะที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทัศนคติและการรับรู้การทำงานกับผู้สูงอายุได้ใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (FAQs) เช่นเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ แต่เลือกใช้ FAQs ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ โดยไม่ได้ใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุชัดเจน แต่อาศัยจากการพิจารณาจากคะแนนสูงสุดแสดงถึงความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุยิ่งสูง⁽³⁾ นอกจากนี้การศึกษาของโมฮัมหมัดและโอมาร์ที่ศึกษาความรู้และทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลได้เลือกใช้แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้แบบประเมิน FAQs ที่มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบถูกหรือผิด จำนวน 25 ข้อ และแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีและไม่ดี ในขณะที่การศึกษาของโมฮัมหมัดและโอมาร์ได้ใช้แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งพัฒนาโดยคาเออร์และคณะ⁽³⁴⁾ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบหลายตัวเลือกจำนวน 28 ข้อ และมีเกณฑ์การประเมินคะแนนความรู้อยู่ในระดับพึงพอใจและไม่พึงพอใจ⁽⁴⁾

2. ทศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลโดยรวมมีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86.96) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา เกี่ยวกับทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ⁽³⁵⁾ อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ส่วนใหญ่ มีการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุที่คุ้นเคยเป็นญาติพี่น้องของตนเป็นประจำสม่ำเสมอทุกเดือนเป็นอย่างน้อย ในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 75.37) มีผู้สูงอายุอาศัยร่วมอยู่ในครอบครัว (ร้อยละ 55.80) และเคยให้การดูแล ผู้ป่วยสูงอายุมาก่อน (ร้อยละ 90.58) ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุเป็นประจำ และการมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว หากเป็นประสบการณ์ที่ดีร่วมกันกับผู้สูงอายุ ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่าง ไม่มองประเด็นผู้สูงอายุเป็นภาระของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจะมีความเข้าใจในความเป็น “สูงอายุ” มากขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย (Joint/Extended family) มีปู่ย่าตายาย อาศัยอยู่ในครัวเรือน จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุทุกวัน ทำให้ มีประสบการณ์ทางบวกกับผู้สูงอายุและส่งผลทำให้คะแนนทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อผู้สูงอายุเพิ่ม สูงขึ้น⁽³⁾ เช่นเดียวกับนักศึกษาที่เคยอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ เคยทำกิจกรรมอาสาสมัครเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุบ่อยครั้งจะช่วยลดทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุ⁽³⁶⁾

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้างนี้แตกต่างจากบางการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาที่พบว่านักศึกษา พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุ^(4,25,37) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากความคิดความเชื่อของบุคคล ในสังคมเปลี่ยนแปลงไปเมื่อสภาพสังคมและระยะเวลาผ่านไป เช่น ในบางการศึกษาได้ทำการศึกษาวิจัย เมื่อเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา⁽³⁷⁾ ทัศนคติของคนในสังคมต่อผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม เนื่องจาก สภาพสังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวข้องกับประเด็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนได้ตระหนักเกี่ยวกับสังคมสูงวัยในสื่อต่างๆ มากขึ้น ปรากฏการณ์เหล่านี้ อาจจะมีผลต่อการ ปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนที่มีต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับ และความเห็นอกเห็นใจ ย่อมส่งผลให้ทัศนคติต่อผู้สูงอายุโดยรวมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้มีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งขัดแย้ง กับผลการศึกษาส่วนใหญ่ในต่างประเทศ^(4,25,37) ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทยที่หล่อหลอม คนในครอบครัวให้ความกตัญญูต่อปู่ย่าตายายให้ความเคารพต่อผู้อาวุโสซึ่งเป็นคุณธรรมที่สำคัญในสังคมไทย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้มีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จ้าว และคณะ ที่พบว่าครอบครัวชาวจีนมักสอนบุตรหลานให้มีความเคารพ และกตัญญูต่อผู้สูงอายุ ในครอบครัว ซึ่งความกตัญญูเป็นรากฐานทางวัฒนธรรมที่ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียนและสังคม⁽²⁴⁾ ซึ่งบริบทวัฒนธรรมในสังคมไทยหรือคนเอเชียอาจแตกต่างจากประเทศตะวันตกจึงส่งผลทำให้ผลการวิจัย เกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุค้างนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

อีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้นักกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้มีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่าง จากผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจเกิดจากการใช้เครื่องมือประเมินและเกณฑ์ในการประเมินทัศนคติในการดูแล ผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาของแมททอสและคณะที่ศึกษาความรู้และทัศนคติต่อผู้สูงอายุของ นักศึกษาพยาบาล⁽³⁷⁾ ได้ใช้แบบประเมิน The Geriatric Attitudes Scale (GAS) ของรูเบ็นและคณะ⁽³⁸⁾ ซึ่ง

เดิม GAS เป็นแบบประเมินทัศนคติต่อผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างแพทย์และนักศึกษาแพทย์ จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 5 ข้อและข้อคำถามทางลบ 9 ข้อ ซึ่งการที่มีจำนวนข้อคำถามทางบวกและลบไม่เท่ากันอาจส่งผลต่อการแปลผลทัศนคติที่แตกต่างกันได้⁽³⁷⁾ และการศึกษาของโมฮัมเหม็ดและโอมาร์ที่ศึกษาความรู้และทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล⁽⁴⁾ โดยใช้แบบประเมิน The Ageism Attitude Scale (AAS) ซึ่งพัฒนาโดยเวฟิคุลเคย์และเทอร์ซิโอกู⁽³⁹⁾ ซึ่ง AAS ใช้ประเมินประเมินทัศนคติต่อผู้สูงอายุของกลุ่มคนอายุ 18-25 ปี จำนวน 23 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูงยิ่งแสดงถึงทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ ในขณะที่การศึกษาของฟารอนปีและคณะที่ได้ศึกษาการรับรู้ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ (Modified KOPS) เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้แต่เลือกใช้ข้อคำถามเพียง 9 ข้อ และมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เพียง 4 ระดับ ในการประเมินทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนอยู่ในช่วง 9-36 คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คะแนน 9-23 แสดงถึงทัศนคติทางลบ และคะแนน 24-36 แสดงถึงทัศนคติทางบวก⁽²⁵⁾ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ (Modified KOPS) จำนวน 34 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.26$, $p<0.01$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามได้ว่า ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลอาจเกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุบ่อยครั้งเนื่องจากมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมในครอบครัว (ร้อยละ 55.80) และเคยให้การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน (ร้อยละ 90.58) ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสเห็นการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุทั้งขณะมีสุขภาพดีและขณะเจ็บป่วย จึงก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและยอมรับถึงความเป็น “สูงอายุ” มากขึ้น ในขณะเดียวกันจึงส่งผลทำให้ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งการศึกษาของเซ็งพบว่าวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุจะทำให้นักศึกษาได้รับความรู้ทางทฤษฎีและวิชาชีพปฏิบัติ จะช่วยให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการที่นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสหาหนทางแก้ไขปัญหาลักษณะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติเหล่านี้จะเป็นโอกาสที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวนักศึกษาจากบทบาทผู้เรียนเป็นบทบาทเชิงวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะช่วยปรับเปลี่ยนอคติของนักศึกษาที่มีต่อผู้สูงอายุลดลง ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุในที่สุด⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของโมฮาเหม็ดและโอมาร์⁽⁴⁾ ที่พบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลเนื่องจากความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจและส่งผลทำให้เกิดทัศนคติทางบวก ในทางตรงกันข้าม ถ้าขาดความรู้หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุก็จะส่งผลทำให้เกิดทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุ มีความเชื่อเกี่ยวกับผู้สูงอายุในทิศทางที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม⁽³⁾

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหารการศึกษา

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ควรมีการกำหนดเป็นนโยบายในการประเมินความรู้และสำรวจทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้ารับการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อที่จะได้เป็นการประเมินพัฒนาการของนักศึกษาทั้งทางด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติทางในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำผลมาพัฒนาปรับปรุงการเรียนการสอนการพยาบาลผู้สูงอายุต่อไป

ด้านการศึกษา / การเรียนการสอน

1. อาจารย์ที่รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างองค์รวมและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา การใช้สถานการณ์จำลอง หรือ การสอนในสถานการณ์จริง

2. อาจารย์ผู้สอนควรมีการประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบแนวโน้มของความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาและเป็นข้อมูลที่สำคัญในการปลูกฝังหรือส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไป

ด้านบริการวิชาการ

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ควรกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมการบริการวิชาการที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุและตระหนักถึงศักยภาพ คุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หรือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้การดูแลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจากสถานที่จริงและเพื่อให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างครบวงจรและต่อเนื่องและเพื่อเป็นการปลูกฝังหรือส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุให้กับนักศึกษา

ด้านการวิจัย

ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล เช่น การฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย รูปแบบการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษา บทบาทของอาจารย์ผู้สอน เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุได้ตรงประเด็นมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ที่กรุณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย ทำให้ผลงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ขนาดและโครงสร้างของประชากรตามอายุและเพศ. จำนวนและสัดส่วนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามกลุ่มอายุ (วัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ) เพศ ภาค และจังหวัด พ.ศ. 2555-2564. [ออนไลน์] 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 1, เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
2. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสน, วัลลภ นาคศรีสังข์. สมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;27(1):1-11.
3. Ghimire S, Shrestha N, Callahan KE, et al. Undergraduate nursing students' knowledge of aging, attitudes toward and perceptions of working with older adults in Kathmandu Nepal. Int J Nurs Sci. 2019;6(2):204-10.
4. Mohammed RF, Omar AA. Knowledge about Elderly Care and Its Relation to Ageism Attitude among Undergraduate Nursing Students. American Journal of Nursing Research. 2019;7(1):73-8.
5. วรณรดา อาศัยสงฆ์. ความรู้และทัศนคติ ของพยาบาลวิชาชีพ ต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์ [ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
6. พัชรี เรือนศรี, ลินจง โปธิบาล, ภารดี นานาศิลป์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร. 2558;42(2):24-35.
7. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, มยุรี ลีทองอิน, สุภาวดี เทียงธรรม, สาวิตรี สมมงคล, ธาณี เพชรรัตน์, ศจีมาศ แก้วโคตร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลในการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(3):281-6.
8. ลีต้า อาษาวิเศษ, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(4):235-43.
9. พรนภา นาคโนนหัน, จุฬาลักษณ์ ใจแปง, ณาตยา โสนน้อย, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดหัวใจ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(2):368-76.
10. ฉัตรฤดี ภาระญาติ, ธิดา อีระพิทยานนท์, รุจภา เจริญมนโณปจัย, อุทัยวรรณ เียรไผ่ดี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(1):43-51.
11. ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2563;2(2):14-25.

12. วรัญญา จิตรบรรทัด. ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2560;23(1):5-16.
13. สุขศิริ ประสมสุข, ณัฐกร นิลเนตร, เกรียงไกร เกิดหนู. การศึกษาความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2563;7(1):1-12.
14. นิรุวรรณ เทรินโบล, วิภา ชูปวา, วิลาวัลย์ ซาตา, กรรณิการ์ โคตรชาวี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(1):127-30.
15. นิษขารีย์ พิริยจรัสชัย, ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(ฉบับพิเศษ):231-40.
16. เพ็ญภา มะหะหมัด. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุโหงโกลก อำเภอสุโหงโกลก จังหวัดนราธิวาส. วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2561;17(1-2):1-9.
17. สุนทรี จีใจหล้า, สุนิดา จารุพัฒน์ มารูโอ, นพวรรณ เปียเชื้อ. ทักษะต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง. วารสารแพทยนาวิ. 2561;45(3):599-612.
18. กันยพัชร เศรษฐโชฎีก. ทักษะต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2558;13(2):3-16.
19. มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปะวะฒนพงศ์. ปัจจัยรวมทำนายพฤติกรรมการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;33(3):70-79.
20. ณัฏชา ตระการจันทร์. ทักษะต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชธานี ในมหาวิทยาลัยราชธานี, คณะพยาบาลศาสตร์, นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก: การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการครั้งที่ 3 อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี 2561;1213-21.
21. สาคร อินโทโล่, อักษรรา กะการดี, เฌอร์นินท์ ตั้งปฐมวงศ์, พงศศักดิ์ จันทราทิพย์, พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, สุภาพร ประนัดทา, และคณะ. ทักษะและมุมมองต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2563;10(1):92-103.
22. Elebiary H, Elshenewy H, Abulazm S. Knowledge and Attitudes of Nurses toward Caring of Elderly People in Health Care Settings. IOSR Journal of Nursing and Health Science. 2018;7(3):76-84.

23. Muhsin AA, Munyogwa MJ, Kibusi, SM, Seif SA. Poor level of knowledge on elderly care despite positive attitude among nursing students in Zanzibar Island: findings from a cross-sectional study. *BioMed Central Nursing*. 2020;19:1-8.
24. Zhao L, Xie L, Wang Y. Investigation and analysis of attitudes and knowledge of aging among students in different majors. *Frontiers of Nursing*. 2019;6(3): 211-6.
25. Faronbi JO, Adebawale O., Musa O., Ayamolowo J. Perception Knowledge and Attitude of Nursing Students towards the Care of Older Patients. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2017;7:37-42.
26. Cheng WL. Roles of Knowledge and Attitude in the Willingness of Nursing Students to Care for Older Adults in Hong Kong. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):7757.
27. Faul F, Erdfelder E, Buchner AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41:1149–60.
28. Palmore EB. Facts on Aging: A short quiz. *Gerontologist*. 1977;17(4):315-20.
29. Runkawatt V. Evaluation of the psychometric properties of the Thai versions of Palmore's Facts on Aging Quiz and Kogan's Attitude Toward Old People in Thai adolescents, in Nursing Faculty. State University of New York at Buffalo: New York; 2007.
30. Kogan N. Attitudes toward old people: The development of a scale and examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1961;62(1):44-54.
31. Runkawatt V, Kerdchuen K, Tipkanjanaraykha K, Ubolwan K, Tawetanawanich Y, Nasirin C, et al. Kogan's Attitude Toward Old People: Evaluation of validity and reliability assessment among nursing students in Thailand, Myanmar, and Indonesia. *Asian Journal for Public Opinion Research* 2016;3(3):145–55.
32. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1763-8.
33. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, Pearson, New York.
34. Kaur S, Kumar A, Kaur B, Rani B, Ghai S, Singla M. Knowledge and Attitude Regarding Care of Elderly among Indian Nursing Students: An Indian Perspective. *J Nurs Care*. 2014;3:1-6.
35. Smith ML, Bergeron CD, Cowart C, Ahn S, Towne SD Jr, Ory MG, Menn MA, Chaney JD. Factors associated with ageist attitudes among college students. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(10):1698-706.

36. ทศนีย์ เกริกกุลธร, บังอร เผื่อน้อย, ปานทิพย์ ปุรณานนท์. เจตคติและการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6(ฉบับพิเศษ):116-25.
37. Mattos MK, Jiang Y, Seaman JB, Nilsen ML, Chasens ER, Novosel LM. Baccalaureate Nursing Students' Knowledge of and Attitudes toward Older Adults. J Gerontol Nurs. 2015;41(7):46-56.
38. Reuben DB, Lee M, David JW Jr, Eslami MS, Osterweil DG, Melchiorre S, Weintraub NT. Development and validation of a geriatrics attitudes scale for primary care residents. Journal of the American Geriatrics Society 1998;46(11): 1425-30.
39. Vefikulucay DY, Terzioğlu F. Development and psychometric evaluation of ageism attitude scale among the university students. Turkish Journal of Geriatrics 2011;14:259-68.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 (ปรับปรุง 14 พฤศจิกายน 2564)

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นวารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index) โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน TCI Tier 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 วารสารฯ เผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้ด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและสุขภาพ โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือบทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการสาธารณสุข ในสาขาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ มีส่วนเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม เป็นปัญหาใหม่ มีการถกเถียงหรือข้อถกเถียง หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาที่แสดงถึงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 10 หน้า **บทความพิเศษไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมานำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่อาจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า **บทความทั่วไปไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควรมีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มหน้า i**) หากบทความเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ ต้องแนบหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 - บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ (**แบบฟอร์มหน้า j**) โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาหลักลงนามพร้อมให้ข้อมูลการติดต่อกลับด้วย เฉพาะบทความวิจัย ผู้วิจัยหลักต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point ตลอดทั้งบทความ จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุสถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดงรายละเอียดด้านล่าง

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียงก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง **บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกินบทคัดย่อละ 300 คำ**

3.4 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ สมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 **วิธีดำเนินการวิจัย หรือ ขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว

3.6 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัย และอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัวยก” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศานุภาค (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุขวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของ
ปริยญาณิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาว
มากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิด
ของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสาร
ภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล, นิพนธ์ อุดมสันติสุข, รสสุคนธ์ ศรีพัฒนาวัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อ
วินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์
วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุลาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.
2. Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse
development. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/
สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. พนิชา อัมสมบุญ, บรรณาธิการ. ไม่เกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
4. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York:
Churchill Livingstone; 1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริยญาณิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริยญา
ณิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริยญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

5. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว
[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเคมีชีวภาพ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
6. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization
[Dissertation Ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

7. อุษณีย์ อนุกุล. Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus ที่สัมพันธ์กับชุมชนและปศุสัตว์: ภัยเงียบของการสาธารณสุขไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2557 มกราคม 23];46(3):[หน้า 187-206]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.ams.cmu.ac.th/journal/images/stories/journal/201309vol3/20130901.pdf>
8. LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995[cited 2000 Aug 5];310:1387-90. Available from:
<http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.html>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) และสำเนาการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงทางไปรษณีย์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์

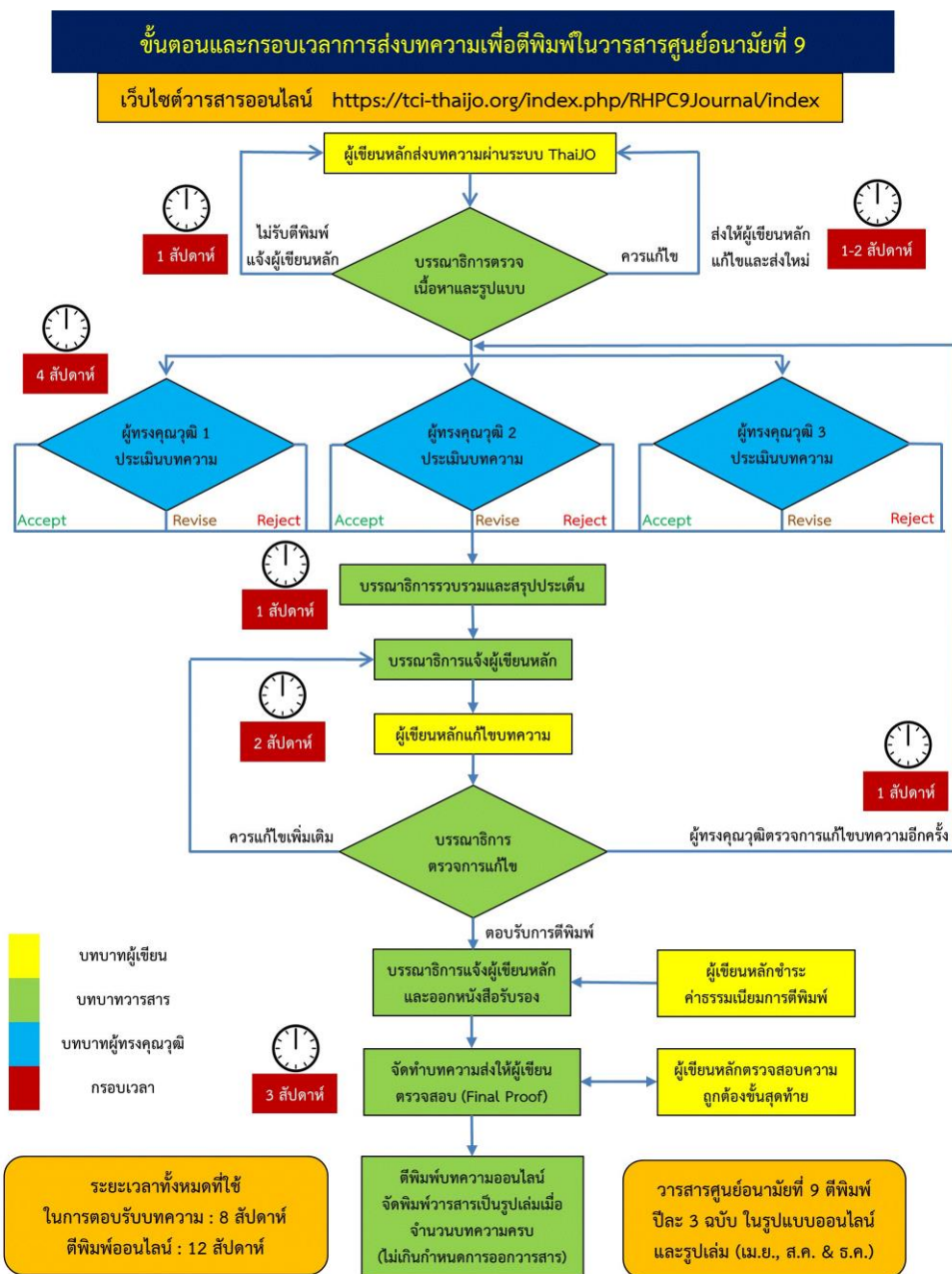
ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 10)	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและบรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม กรณี-ผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น		
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 3,500 บาท สำหรับบทความภาษาไทย และจำนวน 5,000 บาท สำหรับบทความภาษาอังกฤษ มาที่บัญชีศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านระบบ ThaiJO หรือทาง Email ของบรรณาธิการ	ผู้เขียน	N/A

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 และใบเสร็จรับเงิน จัดส่งให้ผู้เขียนตามที่อยู่ของผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียนตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการและผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ในฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน มี.ค. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน ก.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน พ.ย.	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
16	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2 สัปดาห์
17	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความเป็นรูปเล่ม ประมาณ 8-12 สัปดาห์ขึ้นไป

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม



หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/วิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินยอมปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และบทความละ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)

...../...../.....

หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน และส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่
บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

177 หมู่ 6 ต.โคกกรวด อ.เมือง

จ.นครราชสีมา 30280

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1OeXmTQx0_uXCSMShznA8uKpPxXwmV9o/edit?usp=sharing&oid=110564042903051624133&rtpof=true&sd=true

**หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ
เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อาจรรย์ที่ปรึกษา)

ที่อยู่ในการติดต่อ

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง.....

โดย (ชื่อ-สกุลนักศึกษา)

สาขาวิชา.....มหาวิทยาลัย.....

ที่อยู่ในการติดต่อ

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....

แล้วว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ และบทความนี้ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และ
นักศึกษายินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่า การตีพิมพ์ในวารสารศูนย์
อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และ 5,000 บาทสำหรับ
บทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการ
แก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

.....

(.....) (.....)

นักศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

...../...../.....

...../...../.....

หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน และส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่

บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

177 หมู่ 6 ต.โคกกรวด อ.เมือง

จ.นครราชสีมา 30280

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1OeXmTOx0_uXCSMShnznA8uKpPxXwmV9o/edit?usp=sharing&oid=110564042903051624133&rtpof=true&sd=true