

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 เพชรมาศ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
	นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา	รองอธิบดี กรมอนามัย
	นายแพทย์พิระยุทธ สารานุกุล	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
	แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
บรรณาธิการ	ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	เภสัชกรหญิง ดร.ปัญชรัสมิ ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
	ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬาริ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
	ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
	รัชนี บุญเรืองศรี	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ฝ่ายจัดการ	ประดับ ศรีหมื่นไวย	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
	สถาพร เป็นตามวา, สุธิดา เกตุพุดชา, กรรณิกา สุขสิงห์, นิตยา สาสวน,	
	ศิริรัตน์ รัตนสมบูรณ์, อรรถวรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทรัสสง, 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 2562-2565

ผู้ทรงคุณวุฒิภายในหน่วยงาน

ทพญ.กันทิมา เหมพรหมราช

รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิกายนอกหน่วยงาน

นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์

ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

อ.รัชณี บุญเรืองศรี

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

ทพญ.วรมณ อัครสุต

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย

สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ทพ.วิภัทรพงษ์ บำรุงศิริ

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ดร.สมร นุ่มผ่อง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

รศ.ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ภก.ดร.พุดพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

อ.ดร.พัชรี ศรีฤๅตา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

อ.ปิ่นรดา ฐานะปัตโต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

อ.ฐิติมา โพธิ์ชัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

อ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา

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 2562-2565

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

รศ.ดร.จันทร์ทรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรัณญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ธนภณ ลีศรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ณัฐฐิตา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.กชกร เพ็ญชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ภรณ์ อนุสนธิ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.รวีวรรณ พงศ์พัฒน์พัชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ต. หญิง ดร. ปิยะ วจนะทินภัทร	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 2562-2565

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
อ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
อ.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อ.ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อ.วาสนา หลวงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อ.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒินงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
อ.ดร.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ผศ.ธนวัฒน์ ธิติชนนันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.วันวิสาข์ โชรัมย์ย์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
อ.พจ.ศิริประภา วีรพัฒนานนท์	สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
อ.พจ.พินันท์ พัฒนมงคล	สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
อ.พจ.วีรชัย สุทธิธารวัช	คณะกรรมการแพทย์จีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
อ.พจ.บุญยภัทร์ ศิริธีราธิติกุล	หลักสูตรการแพทย์แผนจีนบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ต้องผ่านการตรวจประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewer) อย่างน้อย 3 ท่าน

ในรูปแบบ Double-Blinded Review

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลวารสาร	ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)	ข
บทความวิจัย	
อุบัติการณ์และปัจจัยเชิงทำนาย ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการ ศูนย์การตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจร โรงพยาบาลสระบุรี : การศึกษาระยะ 14 วัน หลังการวินิจฉัย	343
Risk Factors and Prognostic Retrospective Study of COVID-19 Morbidity among OPD Patients at Saraburi Hospital's Triage Center : A 14-Day Post Diagnosis Study ศุภณัฐ วณิชยนิรมล, ศรัณย์ วีระเมธัชชัย, ธนกมลณ ลีศรี	
ผลของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลบางกรวย	356
Effects of Multidisciplinary Team Care on Type 2 Diabetes Patients at Primary Care Cluster Clinic at Bangkruai Hospital พงษ์นรินทร์ เหล็กกล้า, ธาตรี โปสทิธิเชษฐ, นงนุช อุดมสินคำ, อรพรรณ เห่งนาเลน, นรินทรา เทียบพิมพ์, ชานนท์ รุ่งรัตน์จินดาหาญ, ธนกมลณ ลีศรี	
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด 19 ณ โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี	367
Prevalence and associated factors of Stress and Depression among SARS-Cov-2 patient in field hospital, Saraburi hospital ศุภวิชย์ บุญดีสกุลโชค, ศรัณย์ วีระเมธัชชัย, ธนกมลณ ลีศรี	
ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู	380
Elder with Geriatric Syndromes and Oral Health Related Quality of Life in Nongbualamphu Hospital พิมพ์ภาภรณ์ กุลตั้งวัฒนา	

สารบัญ

	หน้า
ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด	391
Effects of Psycho-education and Self-management Program on Medication Adherence among Individual with Schizophrenic in Thawat Buri Community, Roi Et Province	
กรรณก ตระกูลการ	
ผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไผ่นารี ตำบลกำปัง อำเภอนนไทย จังหวัดนครราชสีมา	421
Effects of Home Visit Program for Promoting Smoking Cessation at Mai Naree Tombon Health Promoting Hospital, Kampong Subdistrict, Nonthai district, Nakhon Ratchasima Province	
สมบัติ งามสมบัติ	
ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้า ต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา	437
Effects of Ram Wong Conga Exercise on Physical Fitness Among Older Persons in Nakhon Ratchasima	
ญาภัทร นิยมสัตย์, วิจิตรา นวนันทวงศ์, พิชญาณัฐ แก้วอำไพ, ปิยนุช ภิญโญ, มลธิชา คงชนะ, พัทธี ศิริวงศ์, แพรวรินทร์ จันทามเรียน, ภัทร์สินี คำโสภา, ภัทรดา ลัดดี, รัชนก ประไกรวัน, รุ่งตะวัน เนียนกระโทก	
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	454
Associations between Health Literacy and Health Behaviors 3E 2S among Elderly with type 2 Diabetes Mellitus	
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์	

สารบัญ

	หน้า
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีภรรยา Predicting Factors of Primary Prevention of Cervical Cancer among Couples สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, อมรรัตน์ นระสนธิ์,	469
ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน The Effects of Using Self-Help Group on the Mental Health Self-Care Behavior of Elderly with Hypertension in the Community โปรยทิพย์ สันตะพันธ์์	484
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย Relationships between Depression, Social Support and Spiritual Well-being of Patients with End Stage Renal Disease บัณฑิตา ภูอาษา, สุภารัตน์ พิสัยพันธ์์,	500
ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด Beliefs about Post-partum's Eating and Yu-Fai after Child Birth ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร	516
ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่ สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ Effectiveness of Health Communication Competency Development Program in the New Normal Era for Public Health Technical Officers in Primary Care Unit ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม, นำพร อินสิน, ภูาสีทิพย์ ภูลวรรณ, กาญจนา วงษ์สวัสดิ์	532
การศึกษาผลของภาวะอ้วนต่อการเกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรง ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ในจังหวัดสระบุรี Impacts of Obesity on Development of Severe COVID-19 Pneumonia among IPD Patients Admitted to Field Hospital: A retrospective cohort study in Saraburi province ภาวศุทธิ์ เบิกบาน	550

สารบัญ

	หน้า
รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ	565
Operational Model for Management of Anemia in Primary Students, Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province	
นภัสวรรณ ชนะพาล	
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ	581
Family and Community Involvement in Drug Prevention and Treatment, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province	
นิภาวรรณ ตติยันทพร	
ผลของยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ในการป้องกัน ภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ	612
Effects of Vaginal Micronized Progesterone for Prevention of Preterm Birth in Pregnant Women at Nongbuadaeng District, Chaiyaphum Province	
ศศิธร อจกมล	
การพัฒนาแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	623
Development of Health Education and Health Counseling Model using LINE Official Account Application for Mothers in Caring for Infants with Premature Births	
กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี, นิรันดร์ ผานิจ	
ผลการใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานตามหลักการ 5 ส. ในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์	642
Results of Program to Improve Work according to 5S Principles with Workers in Electronic Waste Recycle Shops	
โสมศิริ เดชารัตน์, พิรนาฏ คิตดี	

สารบัญ

	หน้า
ผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี	659
Effects of Self-Reported Monitoring Depression of People in Community at Trakan Phueth Phon District, Ubon Ratchathani Province	
จุไรรัตน์ ทุมพันธ์	
ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	673
Nursing Knowledge and Practice according to Patient Safety Goals of Registered Nurses, Bhumibol Adulyadej Hospital	
ชญานิษฐ์ ทองปากน้ำ, ละอองดาว วรรณฤทธิ์, จิตา ขุนทอง	
การพัฒนาแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกัน โรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่	690
Model Development of Antenatal Care Services to Promote Health Literacy in Iodine Deficiency Disorder Prevention among Pregnant Women in Health Region 9 According to the New Normal	
สุจิตรา สมนนอก, มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์, ศรีประภา ลุนละวงศ์, ชัชฎา ประจตุทะเก	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาตุน จังหวัดมหาสารคาม	711
Factors Associated with Alcohol Consumption among People in Community of Dong Bang Sub district, Na Dun District, Maha Sarakham Province	
ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์	

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ	
โยคะเพื่อสุขภาพจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์	405
Yoga for Spiritual Wellness of Pregnant Women	
เยาวเรศ สมทรัพย์	
การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) : แนวทางการให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อโควิด-19	597
Home Isolation: Guidance for Patients with COVID-19 Infection	
สุปิยา วิริไฟ, พิมพ์ดา ลัดดางาม	
ภาคผนวก	
คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)	a
หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)	c
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9	e
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	H
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ – บทความทั่วไป	I
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ – บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์	j
และการศึกษาอิสระ	

อุบัติการณ์และปัจจัยเชิงทำนาย ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการศูนย์การตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจร โรงพยาบาลสระบุรี : การศึกษาระยะ 14 วันหลังการวินิจฉัย

ศุภณัฐ วณิชยนิรมล, พ.บ. *, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, พ.บ. **, ธนกมล ลีศรี, Ph.D. ***^a

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมาก ในปัจจุบันยังไม่มี การศึกษาอุบัติการณ์การเจ็บป่วย และปัจจัยที่ส่งผลถึงภาวะเจ็บป่วย (Morbidity) ในผู้ป่วยนอก ความรู้ ความเข้าใจในปัจจัยดังกล่าวจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดสรรทรัพยากรให้กับผู้ป่วยได้ อย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและปัจจัยที่ใช้ในการทำนาย การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มารับบริการ ณ ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิด ครบวงจรเมืองสระบุรี การศึกษาครั้งนี้ใช้การศึกษาแบบ Retrospective cohort โดยใช้ข้อมูล จากศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึง 5 กันยายน พ.ศ. 2564 คำนวณหา Incident rate ของการเจ็บป่วยใน 14 วันหลังวินิจฉัย และใช้ Multivariable Cox Proportional-Hazard Regression เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ผลการวิจัย พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มารับบริการที่ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยก ครบวงจรเมืองสระบุรี ระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึง 5 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 1,026 คน พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วย (Morbidity) 111 ราย คิดเป็น Morbidity rate เท่ากับ 0.01 คน/คน-วัน และไม่มีผู้เสียชีวิตในการศึกษานี้ ปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยในระดับปานกลางขึ้นไปคือ อายุมากกว่า 60 ปี (Hazard ratio=2.05, p-value=0.004) โรคเบาหวาน (Hazard ratio=2.11, p-value=0.011) อาการหอบเหนื่อย และเจ็บหน้าอกขณะหายใจเข้า (Hazard ratio=2.55, p-value<0.001)

คำสำคัญ : โรคโคโรนาไวรัส 2019; อัตราการป่วย; ปัจจัยเสี่ยง

* นายแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี

** นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a Corresponding author : ธนกมล ลีศรี Email : thanakamon@sut.ac.th

รับบทความ: 2 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 28 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 28 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 28 มี.ค. 65

Risk Factors and Prognostic Retrospective Study of COVID-19 Morbidity among OPD Patients at Saraburi Hospital's Triage Center : A 14-Day Post Diagnosis Study

Supanat Vanichaniramol, MD^{*}, Saran Weerametachai MD^{**},
Thanakamon Leesri, Ph.D.^{***a}

Abstract

Due to the coronavirus disease 2019 outbreak, the number of the SARs-CoV2-patients have been rapidly increasing, resulting in delayed treatments of many patients from inadequate medical resources. The more patients with delayed treatment, the more increasing risk of severe respiratory syndrome. To effectively distribute of medical resources, risk factors contributing to the severity are necessary to be assessed. This study's objectives were to examine the incidence of morbidity and factors related to the morbidity of the 2019 coronavirus disease patients who come to receive services at the Comprehensive Covid Detection and Sorting Center, Saraburi. The retrospective cohort collected data from The Saraburi One-stop COVID Screening & Triage Center between 23 August 2021 to 5 September 2021. The incident rate of morbid patients was only obtained during 14 days after diagnosis. Multivariable Cox proportional-hazard regression was used to determine risk factors of morbidity, P-value ≤ 0.05 was considered as statistically significant.

The result of this study showed that a total of 1,026 SAR-CoV2 infected patients who received services from The Saraburi One-stop COVID Screening & Triage Center between 23 August 2021 to 5 September 2021. The prevalence of morbidity is 111 cases, representing a morbidity rate of 0.01 person/person-day. There was no mortality during the time of this study. The risk factors of morbidity were those aged over 60 (Hazard ratio=2.05, p-value=0.004), diabetes (Hazard ratio=2.11, p-value=0.011) and breathlessness/pleuritic chest pain (Hazard ratio=2.55, p-value<0.001).

Keywords : Covid-19; Morbidity rate; Risk factors

^{*} Medical Physician, Practitioner Level, Department of Social Medicine, 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. 28, 22; Published Online: Mar. 28, 22

บทนำ

โดยเริ่มระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลเหอเป่ย์ ประเทศจีน เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2562 ผู้ป่วยจะมีอาการทางเดินหายใจและอาการปอดติดเชื้ออย่างรุนแรง^(1,2) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายผ่านทางละอองฝอยขนาดเล็ก (Aerosol) และสามารถแพร่ได้อย่างรวดเร็วเนื่องจากมีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อได้มากกว่าไข้หวัดใหญ่⁽²⁾ โดยในปัจจุบัน พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 200 ล้านคนทั่วโลก⁽³⁾ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถมีอาการที่หลากหลาย ส่วนมากเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ มีเสมหะ ไปจนถึงอาการปอดอักเสบ และติดเชื้อแทรกซ้อนอย่างรุนแรง^(4,5) และพบการเสียชีวิตถึง 4.9 ล้านคนทั่วโลก

ประเทศไทยพบสถิติผู้ติดเชื้อทั้งหมด 1.8 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 19,000 คน⁽³⁾ โดยในจังหวัดสระบุรีมีผู้ติดเชื้อที่ยืนยันสะสมกว่า 30,000 ราย และมีผู้เสียชีวิต 333 ราย^(6,7) เนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วในจังหวัดสระบุรี จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี (One-stop service) ขึ้น เพื่อตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัสสำหรับผู้ที่เข้าเกณฑ์สงสัยว่าได้รับเชื้อโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (Patients under investigation)⁽⁸⁾ และจำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรง โดยการศึกษาในต่างประเทศ พบปัจจัยในการพยากรณ์ถึงความร้ายแรงของโรคที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วย (Morbidity) ได้แก่ มีอายุเกิน 60 ปี เป็นเพศชาย มีโรคหลอดเลือดหัวใจ สุกดิบหืด มีโรคเบาหวาน และเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ^(9,10,11) และอาการที่อาจแสดงถึงภาวะเจ็บป่วยรุนแรงได้แก่ หอบเหนื่อย อาเจียน เวียนศีรษะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา มักเป็นการศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospitalized study)⁽⁹⁻¹³⁾ การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-2019 สายพันธุ์เดลต้า ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมมากขึ้น ทั้งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต และภาวะเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดการดูแลระยะยาว เกิดภาวะพิการต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ⁽¹³⁾

เนื่องจากในจังหวัดสระบุรีได้มีศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจร ซึ่งผู้มารับบริการเป็นลักษณะผู้ป่วยนอกที่ยังไม่มีอาการรุนแรงในครั้งแรก แต่มีโอกาสเกิดอาการที่รุนแรงต่อไปได้ หน่วยงานด้านสุขภาพและบุคลากรทีมสุขภาพ ต้องทำงานประสานกันเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร และได้รับการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่อง ทุกระดับบริการ โดยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะการเจ็บป่วย (Morbidity) ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในลักษณะผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยเหล่านี้ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสียชีวิต ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ด้วยการประเมินสถานการณ์อย่างทันทั่วทั้งที่ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาหลังการเจ็บป่วย และเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้บริการผู้ป่วยด้วยระบบบริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา-2019 ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการของศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี ตั้งแต่ 23 สิงหาคม 2564-5 กันยายน 2564
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ใช้ทำนายการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการ ณ ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2564-5 กันยายน 2564

วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบวิเคราะหย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ประชากรที่ศึกษา คือผู้ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2564-5 กันยายน 2564 ที่มีผลตรวจเชื้อแบบ RT-PCR เป็นตรวจพบเชื้อ

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี ที่มารับบริการ ณ ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี ที่มีผลตรวจพบเชื้อด้วยวิธี RT-PCR อย่างเป็นทางการโดยสถานพยาบาล เป็นตรวจพบเชื้อ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ออื่นร่วมด้วย
- ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาแบบประคับประคอง
- ผู้ป่วยตั้งครรภ์

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การประมาณขนาดการศึกษา: ใช้วิธีการคำนวณการศึกษาด้วยแอปพลิเคชัน N4study

1. หา Sample size ของ Morbidity rate ด้วย Infinite population proportion จากนั้น เลือกจำนวน sample size ที่มากที่สุด ด้วยสูตร

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2} \quad \text{โดยกำหนดให้} \quad \begin{aligned} \alpha &= 0.05 \\ d &= \text{error } 0.05 \\ p &= \text{percentage of proportion} \end{aligned}$$

จากการศึกษาของ Sung-Yeon⁽¹⁵⁾ พบว่า morbidity proportion 4.2% (234÷5594) ค่า p=0.042 ได้จำนวน Sample size=62

2. หา Sample size ของแต่ละปัจจัยด้วย Two independent proportion แล้วใช้เลขที่เป็น Sample size ที่มากที่สุด ด้วยสูตร

$$n_1 = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2 \quad \text{โดยกำหนดให้}$$

$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$ $P_1 = \text{proportion of morbidity ของประชากรกลุ่มที่ 1 เมื่อมีปัจจัย}$
 $\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$ $P_2 = \text{proportion of morbidity ของประชากรกลุ่มที่ 2}$
เมื่อไม่มีปัจจัย $\alpha = 0.05, \beta = 0.2$ และกำหนดให้ ratio ระหว่าง 2 กลุ่ม เป็น 1

จากการศึกษาของ Dianming Li⁽¹¹⁾, Sung-Yeon⁽¹⁵⁾, Kaveh⁽¹⁶⁾ พบว่าการคำนวณหา Sample size ของแต่ละปัจจัย ได้จำนวน sample size คือ 281

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมเอกสารแบบฟอร์มเพื่อขอข้อมูล(Data abstract form) ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี จากโปรแกรม Airtable โดยตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธี logic check หากพบข้อมูลไม่สมบูรณ์ให้ทำการหาจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ เช่น เวชระเบียน หากไม่ได้ จะถือเป็นข้อมูลที่ขาดหาย เครื่องมือที่ใช้ โปรแกรม Airtable และ โปรแกรมเวชระเบียน โรงพยาบาลสระบุรี ฐานเก็บข้อมูลโดย Excel

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 รหัสโครงการ SBBR64-037



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 16.0 โดยวิเคราะห์ข้อมูลจาก

ตัวแปรต้น : ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ข้อมูลการได้รับวัคซีน
- โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอด โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคตับแข็ง โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี
- อาการที่แสดง ได้แก่ ไข้ หอบเหนื่อย ไอ จมูกไม่ได้กลิ่น น้ำมูก ผื่นคัน ถ่ายเหลว อาเจียน เจ็บคอ ตาแดง การได้กลิ่นลดลง เจ็บหน้าอกเวลาหายใจ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

ตัวแปรตาม : การเกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรง (Morbidity), การเสียชีวิต (Mortality)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) แบบแจกแจงปกติ (Normal distribution) นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations : SD) ข้อมูลแจกแจงนับ (Categorical data) นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ และ Descriptive statistic rate : incident rate of morbidity

จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มี Morbidity

ผลรวมของระยะเวลาที่ยังไม่เกิด Morbidity (Summation of Person – time at risk)

Person-time at risk คือ ผลรวมของ Time at risk ของกลุ่มประชากรโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี

Time at risk คือ ระยะเวลาที่ยังไม่เกิดภาวะ morbidity ของกลุ่มประชากรที่มารับบริการ ณ ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรีวันที่ 23 สิงหาคม 2564–5 กันยายน 2564 ตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงมีภาวะเจ็บป่วย(morbidity) นำเสนอด้วย Kaplan Meier survival estimates curve

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมพัทธ์ของการเกิดภาวะเจ็บป่วย (Morbidity) ด้วยวิธี Multivariable Cox Proportional-Hazard Regression โดยทดสอบสมมติฐานด้วย log-log plot และ PH test ทางสถิติโดย Goodness-of-fit

นิยามศัพท์เฉพาะ

ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจรเมืองสระบุรี: ศูนย์บริการปฐมภูมิสำหรับชุมชนเมือง จังหวัดสระบุรี จัดตั้งเพื่อคัดกรอง สอบสวน วินิจฉัยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และให้การรักษารวมถึงส่งต่อตามระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรงของโรค แบ่งระดับตาม WHO Clinical spectrum of SARS-CoV-2 infection^(17,18) ดังนี้

การเจ็บป่วยที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic)

การเจ็บป่วยระดับเล็กน้อย (Mild illness) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (ไข้ ไอ เสมหะ ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ระบบประสาทการรับกลิ่น และรสลดลง) แต่ไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจสับสน

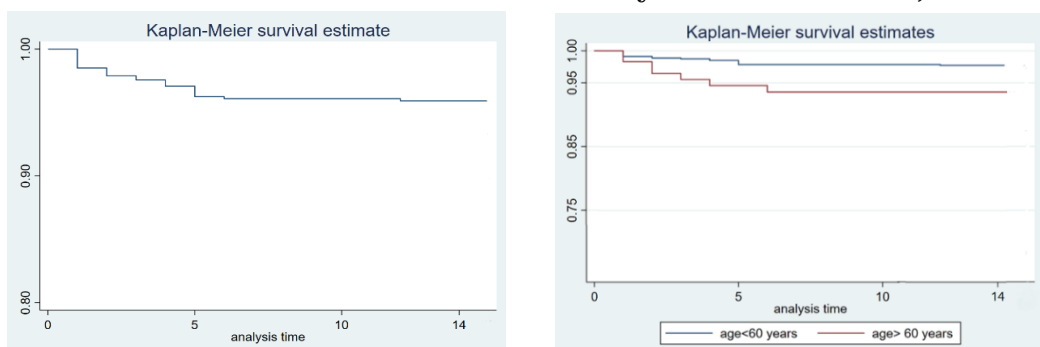
การเจ็บป่วยระดับปานกลาง (Moderate illness) ได้แก่ การมีพยาธิสภาพของทางเดินหายใจส่วนล่างโดยการตรวจร่างกายหรือภาพถ่ายรังสี ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มี ออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 94% ที่ระดับน้ำทะเล

การเจ็บป่วยหนัก (Severe illness) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีค่าออกซิเจนต่ำกว่า 94% ที่ระดับน้ำทะเล หรือมีค่า $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ มม.ปรอท อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที หรือปอดมีการติดเชื้อมากกว่า 50%

ในการศึกษานี้ ภาวะเจ็บป่วย (Morbidity) คือ การเจ็บป่วยระดับปานกลาง (Moderate illness)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มารับบริการที่ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกครบวงจรเมืองสระบุรีระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม 2564 ถึง 5 กันยายน 2564 จำนวน 1026 คน พบว่า มีผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยระดับกลาง (moderate illness) มีจำนวน 111 คน คิดเป็น morbidity rate 0.01 คน/คน-วัน (ภาพที่ 1) และไม่มีผู้เสียชีวิต จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) พบว่า อายุมากกว่า 60 ปี (Hazard ratio 3.12, p-value<0.001) โรคความดันโลหิตสูง (Hazard ratio 2.91, p-value<0.001) โรคเบาหวาน (Hazard ratio 3.74, p-value<0.001) อาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกขณะหายใจเข้า (Hazard ratio 3.45, p-value<0.001) มีความเกี่ยวข้องกับภาวะ morbidity อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่น คือ ดัชนีมวลกาย เพศ โรคไวรัสตับอักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โรคปอดอุดกั้น รวมถึงอาการ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่ได้รับรส ไอ น้ำมูก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว มีไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะ morbidity (ตารางที่ 2)



ภาพที่ 1 Kaplan-Meier Survival Estimate แสดงถึงอัตราผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะ Moderate illness จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และอัตราผู้ป่วยที่ไม่เกิด Moderate illness ของกลุ่มที่อายุ < 60 ปี เทียบกับกลุ่มที่อายุ ≥ 60 ปี

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา

ลักษณะของประชากร	ประชากรทั้งหมด (N=1026)		กลุ่มที่เกิด morbidity (n=111)		กลุ่มที่ไม่เกิด morbidity (n=915)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	561	54.68	40	36.04	425	46.45
หญิง	465	45.32	71	63.96	490	53.55
อายุ (mean±SD)	40.93±0.453		51.93±15.61		39.60±13.82	
< 60 ปี	908	88.5	79	71.17	829	90.60
≥ 60 ปี	118	11.5	32	28.83	86	9.40
ดัชนีมวลกาย (mean±SD)	24.63±0.159		26.34±5.83		24.42±4.97	
<18.5	76	7.41	6	5.41	70	7.65
18.5-22.9	314	30.6	24	21.62	290	31.69
23-24.9	193	18.81	19	17.12	174	19.02
25-29.9	282	27.49	28	25.23	254	27.76
≥ 30	161	15.69	34	30.63	127	13.88
โรคประจำตัว						
เบาหวาน	52	5.07	19	17.12	33	3.16
ความดันโลหิตสูง	103	10.04	28	25.23	75	8.2
โรคหัวใจ	12	1.07	2	1.8	10	1.09
โรคไตวายเรื้อรัง	2	0.19	0	0	2	0.22
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	16	1.56	3	2.7	13	1.42
โรคติดเชื้อเอชไอวี	6	0.58	1	0.9	5	0.55
ไวรัสตับอักเสบ	2	0.19	1	0.9	1	0.11
โรคหลอดเลือดสมอง					5	0.55
อาการที่แสดง						
หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก	86	8.38	27	24.32	59	6.45
ขณะหายใจ						
น้ำมูก/ไอ/เจ็บคอ/	478	46.59	65	58.56	413	45.14
จมูกไม่ได้กลิ่น/ลิ้นไม่รับรส	246	23.98	32	28.83	214	23.39
อาการระบบทางเดิน	50	4.87	11	9.91	39	4.26
อาหาร (คลื่นไส้ อาเจียน/ เบื่ออาหาร/ถ่ายเหลว)						
ไข้/ปวดศีรษะ/อ่อนเพลีย	159	15.50	18	16.22	141	15.41

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะ Moderate illness โดยใช้ Univariable Cox Proportional Hazard Regression

ปัจจัยของผู้ป่วย	Incident Rate (person/ person-day)	Crude Hazard Ratio	p-value	95% CI
BMI				
<18.5	reference			
18.5-22.9	0.008	0.78	0.589	0.31-1.93
23-24.9	0.010	0.98	0.968	0.39-2.49
25-29.9	0.115	1.12	0.795	0.46-2.72
>30	0.018	1.76	0.208	0.73-4.26
เพศ (ชาย)	0.009	0.75	0.158	0.49-1.19
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	0.027	2.92	<0.001*	1.91-4.49
ไวรัสตับอักเสบ	0.050	6.41	0.065	0.89-45.92
เบาหวาน	0.039	3.74	<0.001*	2.28-6.12
โรคหลอดเลือดสมอง	0.021	1.49	0.687	0.21-10.73
โรคหลอดเลือดหัวใจ	0.024	1.82	0.402	0.45-7.37
โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี	0.015	1.46	0.706	0.20-10.47
โรคปอดอุดกั้น	0.026	1.84	0.296	0.58-5.8
อาการที่แสดง				
จุกไม่ไ้กลืน/ลิ้นไม่ไ้รับรส	0.012	1.20	0.384	0.79-1.81
ไอ/น้ำมูก/เจ็บคอ	0.013	1.45	0.053	0.99-2.12
เจ็บหน้าอกขณะหายใจ/หอบเหนื่อย	0.032	3.45	<0.001*	2.23-5.32
เบื่ออาหาร/ถ่ายเหลว/คลื่นไส้ อาเจียน	0.016	1.44	0.351	0.67-3.11
มีไข้/อ่อนเพลีย/ปวดศีรษะ	0.001	0.83	0.499	0.48-1.43

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุตัวแปร พบว่า อายุมากกว่า 60 ปี (Hazard ratio 2.05, p-value 0.004) โรคไวรัสตับอักเสบ (Hazard ratio 7.9, p-value 0.047) โรคเบาหวาน (Hazard ratio 2.11, p-value 0.011) อาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกขณะหายใจเข้า (Hazard ratio 2.55, p-value<0.001) มีความเกี่ยวข้องกับ ภาวะ Morbidity อย่างมีนัยสำคัญ ส่วน ดัชนีมวลกาย เพศ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โรคปอดอุดกั้น อาการไอ น้ำมูก เจ็บคอ จุกไม่ไ้กลืน ลิ้นไม่ไ้รับรส อาการทางระบบทางเดินอาหาร(คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว) ไข้ ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย ไม่มีความเกี่ยวเนื่องกับ ภาวะ Morbidity อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะ Moderate illness โดยใช้ Multivariable Cox Proportional-Hazard Regression

ปัจจัยของผู้ป่วย	Adjusted Hazard ratio	p-value	95% CI
BMI			
<18.5	1		
18.5-22.9	0.94	0.893	0.38-2.33
23-24.9	1.04	0.932	0.41-2.66
25-29.9	1.02	0.974	0.41-2.51
>30	1.82	0.186	0.75-4.43
เพศ(ชาย)	0.95	0.840	0.64-1.45
อายุ(> 60 ปี)	2.05	0.004*	1.26-3.35
โรคประจำตัว			
ความดันโลหิตสูง	1.47	0.136	0.88-2.45
ไวรัสตับอักเสบ	7.90	0.047*	1.03-60.56
เบาหวาน	2.11	0.011*	1.19-3.75
โรคหลอดเลือดสมอง	0.76	0.791	0.10-5.77
โรคหลอดเลือดหัวใจ	0.92	0.918	0.21-4.01
โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี	2.02	0.491	0.27-15.01
โรคปอดอุดกั้น	1.22	0.739	0.38-3.95
อาการแสดง			
หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอกขณะหายใจ	2.55	<0.001*	1.60-4.04
น้ำมูก/ไอ/เจ็บคอ	1.26	0.378	0.79-1.86
จมูกไม่ได้กลิ่น/ลิ้นไม่ได้รับรส	1.21	0.251	0.85-1.88
อาการระบบทางเดินอาหาร	1.12	0.733	0.58-2.19
(คลื่นไส้ อาเจียน/เบื่ออาหาร/ถ่ายเหลว)			
ไข้/ปวดศีรษะ/อ่อนเพลีย	0.92	0.742	0.54-1.55

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 1026 คน พบว่ามีไม่มีผู้เสียชีวิต และ morbidity เท่ากับ 0.107% ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้⁽¹⁵⁾ ที่มี Mortality rate 0.104% และ morbidity 10.3% เนื่องจากการศึกษาดังกล่าว เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีผู้สูงอายุมากกว่าและความแตกต่างของสายพันธุ์ที่แพร่ระบาด⁽¹³⁾ นอกจากนี้ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโคโรนาไวรัสทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษา ได้รับการติดตามอาการและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ โรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเกิด Morbidity ตรงกับการศึกษาของ Hyun-Jun Kim⁽¹⁵⁾ และ Ebrahim^(19,20) เนื่องจากภาวะเบาหวาน เพิ่ม Oxidative stress, Pulmonary microangiopathy รวมถึงการเกิด Cytokine storm

ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มากขึ้น อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเกิด morbidity เนื่องจากภูมิคุ้มกันมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ACE2 (Angiotensin converting enzyme-2) ลดลงทำให้การป้องกันการเกิดความเสียหายของปอด ร่วมกับระดับ Proinflammatory cytokine ที่เพิ่มขึ้น⁽²⁰⁾ ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มากขึ้น อาการหอบเหนื่อย และเจ็บแน่นหน้าอกขณะหายใจ จากการศึกษาของ Zhang⁽²¹⁾ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย สัมพันธ์กับภาวะ morbidity และอัตราการเข้ารับการรักษาใน ICU⁽²²⁾ โรคไวรัสตับอักเสบเป็นปัจจัยที่เพิ่มการเกิด morbidity ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Kang SH⁽²³⁾ ที่พบว่าภาวะไวรัสตับอักเสบไม่มีผลต่อการเกิดภาวะ morbidity แต่เนื่องจากค่านัยสำคัญทางคลินิก ได้ ซึ่งจากข้อมูลที่แตกต่างกันนี้ เกิดได้จากหลายสาเหตุ คือ ผู้ป่วยเป็นลักษณะเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รักษาแบบกักตัวที่บ้าน หรือสถานที่พักคอยเป็นหลัก (Home isolation and community isolation) ซึ่งอาจทำให้ไม่มีข้อมูลที่เป็นลักษณะผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยที่มีความฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

โดยสรุป ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-2019 ที่มารับบริการที่ศูนย์ตรวจค้นหาและคัดแยกโคโรนา ครอบคลุมเมืองสระบุรี มีอัตราการเกิด Morbidity rate 0.2 มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ด้วยการพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ Morbidity คือ อายุมากกว่า 60 ปี โรคเบาหวาน อาการหอบเหนื่อย/เจ็บแน่นหน้าอกขณะหายใจ ด้วยเหตุผลที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง ภูมิคุ้มกันร่างกายน้อยกว่าวัยอื่น และความเสื่อมตามวัยส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความรุนแรงมากกว่าประชากรวัยอื่น ในระยะเวลาเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มารับบริการในลักษณะผู้ป่วยนอก ระยะเวลาที่ศึกษาเป็นช่วงการระบาดของเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ Delta ซึ่งต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ส่วนใหญ่ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นการระบาดของสายพันธุ์อื่น การศึกษานี้เป็นตัวอย่างการให้บริการค้นหาและคัดกรองเชิงรุกผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในรูปแบบปฐมภูมิ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตต่ำ เป็นแนวทางในการนำไปใช้ในสถานพยาบาลแบบปฐมภูมิอื่นๆต่อไปเป็นการศึกษาที่มีศูนย์ค้นหาและคัดแยกซึ่งมีการค้นหาเชิงรุก ซึ่งนอกเหนือจากการรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการเข้ารับบริการแบบปฐมภูมิ ข้อจำกัดของการศึกษาเนื่องจากการศึกษานี้เป็น Retrospective ซึ่งมีข้อจำกัดของข้อมูลเฉพาะที่เคยได้รับการบันทึกเอาไว้ ทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน หากมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต การเก็บข้อมูลเป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report) ทำให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรงน้อยกว่าบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการกรอกข้อมูลเป็นแบบฟอร์มที่ใช้หลากหลายวิธีขึ้นกับความเหมาะสมของกลุ่มประชากร

เอกสารอ้างอิง

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-20. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.

2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 7;323(13):1239-42. doi: 10.1001/jama.2020.2648.
3. 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
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
5. ชนเมธ เตชะแสนศิริ, ฐากร วิริยะชัย. Pathogenesis of COVID-19 สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย (Pediatric Infectious Disease Society of Thailand) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 25]. เข้าถึงได้จาก: https://research.tu.ac.th/uploads/research_admin/pdf/annual_report/AnnualReport%202554.pdf
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. รายงานสถานการณ์โรคโควิด 19 ในสระบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 28] เข้าถึงได้จาก: <https://sri.hdc.moph.go.th/covid19/index.php>
7. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019, สถานการณ์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 28] เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
8. กรมควบคุมโรค. นิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ย. 6] เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_srrt.php
9. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect*. 2020;81(2):e16-e25. doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.021.
10. Kim HJ, Hwang H, Hong H, Yim JJ, Lee J. A systematic review and meta-analysis of regional risk factors for critical outcomes of COVID-19 during early phase of the pandemic. *Sci Rep*. 2021;11(1):9784. doi: 10.1038/s41598-021-89182-8.
11. Li D, Liu C, Liu J, Hu J, Yang Y, Zhou Y. Analysis of Risk Factors for 24 Patients with COVID-19 Developing from Moderate to Severe Condition. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020;10:548582. doi: 10.3389/fcimb.2020.548582.

12. Bruminhent J, Ruangsuvilai N, Nabhindhakara J, Ingsathit A, Kiertiburanakul S. Clinical characteristics and risk factors for coronavirus disease 2019 (COVID-19) among patients under investigation in Thailand. *PLoS One*. 2020;15(9):e0239250.
13. WHO. Tracking SARS-CoV-2 variants [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct. 27] Available form: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>
14. Gue YX, Tennyson M, Gao J, Ren S, Kanji R, Gorog DA. Author Correction: Development of a novel risk score to predict mortality in patients admitted to hospital with COVID-19. *Sci Rep*. 2021;11(1):8011. doi: 10.1038/s41598-021-87439-w.
15. Cho SY, Park SS, Song MK, Bae YY, Lee DG, Kim DW. Prognosis Score System to Predict Survival for COVID-19 Cases: a Korean Nationwide Cohort Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(2):e26257. doi: 10.2196/26257.
16. Hajifathalian K, Sharaiha RZ, Kumar S, Krisko T, Skaf D, Ang B, et al.. Development and external validation of a prediction risk model for short-term mortality among hospitalized U.S. COVID-19 patients: A proposal for the COVID-AID risk tool. *PLoS One*. 2020;15(9):e0239536. doi: 10.1371/journal.pone.0239536.
17. Lindsley AW, Schwartz JT, Rothenberg ME. Eosinophil responses during COVID-19 infections and coronavirus vaccination. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(1):1-7.
18. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health (US); 2021.
19. Abbasi E, Mirzaei F, Tavilani H, Khodadadi I. Diabetes and COVID-19: Mechanism of pneumonia, treatment strategy and vaccine. *Metabol Open*. 2021;11:100122.
20. Gao YD, Ding M, Dong X, Zhang JJ, Kursat Azkur A, Azkur D, et al. Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: A review. *Allergy*. 2021;76(2):428-455.
21. Zhang JJ, Cao YY, Tan G, Dong X, Wang BC, Lin J, et al. Clinical, radiological, and laboratory characteristics and risk factors for severity and mortality of 289 hospitalized COVID-19 patients. *Allergy*. 2021;76(2):533-50. doi: 10.1111/all.14496.
22. Arentz M, Yim E, Klaff L, Lokhandwala S, Riedo FX, Chong M, et al. Characteristics and Outcomes of 21 Critically Ill Patients With COVID-19 in Washington State. *JAMA*. 2020;323(16):1612-4. doi: 10.1001/jama.2020.4326.
23. Kang SH, Cho DH, Choi J, Baik SK, Gwon JG, Kim MY. Association between chronic hepatitis B infection and COVID-19 outcomes: A Korean nationwide cohort study. *PLoS One*. 2021;16(10):e0258229. doi: 10.1371/journal.pone.0258229.

ผลของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลบางกรวย

พงษ์นรินทร์ เหล็กกล้า, พ.บ. *, ธาตรี โบลิตธิพิเชษฐ์, พ.บ. **, นงนุช อุดมสินคำ, พย.บ. ***,
อรพรรณ ห่งนาเลน, พย.บ. ***, นรินทรา เทียบพิมพ์, วท.ม. ****,
ชานนท์ รุ่งรัตน์จินดาหาญ, รป.บ. *****, ธนภมณ ลีศรี ปร.ด. *****a

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบได้มากและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้หลากหลาย และการรักษาโรคเบาหวานมีอยู่หลายวิธีหนึ่งในนั้นมีการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยวิธีการดูแลแบบสหวิชาชีพที่คลินิกปฐมภูมิและ องค์กรรวม โรงพยาบาลบางกรวยในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 ผู้วิจัยศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนการรักษา (Retrospective medical record review research) โดยวิธีการดำเนินการทดลองใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ของโรงพยาบาลบางกรวยที่บันทึกข้อมูลของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System) โปรแกรม HosXP เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาทำการรักษาที่คลินิกปฐมภูมิโรงพยาบาลบางกรวยที่มีผลการวัดความดันโลหิตและผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (Fasting blood sugar: FBS), น้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C: HbA1C), คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein: LDL) ในช่วงก่อนที่จะได้รับการดูแลรักษาโดยสหวิชาชีพ (ตุลาคม - ธันวาคม 2562) และในช่วงหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพแล้ว (ตุลาคม - ธันวาคม 2564)

ผลการศึกษา ไม่พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBS), น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C), คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) แต่พบการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ ไม่พบประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยวิธีการดูแลแบบสหวิชาชีพ แต่อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่คุมเบาหวานได้ไม่ดี

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน; การดูแลแบบสหวิชาชีพ; คลินิกปฐมภูมิและองค์กรรวม

* นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลบางกรวย

** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางกรวย

**** นักกำหนดอาหาร โรงพยาบาลบางกรวย

***** พนักงานบริการ คลินิกปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลบางกรวย

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

a Corresponding author : ธนภมณ ลีศรี Email : thanakamon@sut.ac.th

รับบทความ: 15 ม.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 4 มี.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 5 มี.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 12 มี.ค. 65

Effects of Multidisciplinary Team Care on Type 2 Diabetes Patients at Primary Care Cluster Clinic at Bangkruai Hospital

Pongnarin Lekkla, MD^{*}, Tatree Bosittipichet, MD,^{**}
Nongnuch Udomsinca, BSN^{***}, Orapan Hengnalen, BSN^{***},
Narinthra Thaibphim, M.Sc.^{****}, Chanont Rungrutjindaharn, B.P.A^{*****},
Thanakamon Leesri, Ph.D.^{*****a}

Abstract

Diabetes is endemic disease and causes various complications. There are numerous treatments to cure diabetes. One of them is the multidisciplinary care plan. This study objected to compare outcomes before and after multidisciplinary care at the Primary Care Cluster Clinic in Bangkruai Hospital. The study design was the retrospective medical record review research. The data from Bangkruai hospital's server containing medical record of hospital information system named HosXP was imported and met the study protocol. The inclusion criteria are diabetic patients attending to Primary Care Cluster Clinic in Bangkruai Hospital and had the result of Blood pressure, Fasting Blood Sugar (FBS), Hemoglobin A1C(HbA1C), Low-density lipoprotein (LDL) in the period of 4th quarter of 2019 and 2021

The results showed that the study showed the multidisciplinary care do not provide a statistically significant result of reducing the level of Fasting Blood Sugar, Hemoglobin A1C, Low-density lipoprotein but provided a statistically significant result of increasing blood pressure.

^{*} Medical Physician, Practitioner Level, Bangkruai Hospital

^{**} Medical Physician, Senior Professional Level, Department of Social Medicine,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

^{***} Registered Nurse, Professional Level, Bangkruai Hospital

^{****} Dietitian, Bangkruai Hospital

^{*****} Service Staff, Primary Care Cluster Clinic, 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. 18, 22; Revised: Feb. 28, 22; Accepted: Feb. 28, 22; Published Online: Mar. 28, 22

The multidisciplinary care had no statistically significant benefit in reducing the level of blood pressure, sugar lever, cholesterol lever in diabetes; but might has a benefit in poor control diabetes patients.

Keywords: Diabetes Mellitus; Multidisciplinary care; Primary care cluster clinic

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มาก โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกว่ามีอยู่จำนวนประมาณ 150 ล้านคนซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยในประเทศกำลังพัฒนา⁽¹⁾ ในบริบทของการสาธารณสุขประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในช่วงอายุ 35-60 ปีในปี 2005 คือ 17.8 ต่อ 1,000 คนประชากรต่อปีในเพศชายและ 9.2 ต่อ 1,000 ประชากรต่อปีในเพศหญิง ในแง่ของภาระโรค (Burden of disease) ที่เกิดจากเบาหวานพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่บ่อยที่สุดคือโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) โรคเบาหวานขึ้นตา (Diabetic retinopathy) หัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และหากดูในแง่ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนจะอยู่ที่รายละ 15,000 บาทโดยประมาณ โดยค่าใช้จ่ายนี้ก็จะสูงขึ้นตามอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น⁽²⁾

วิธีการรักษาเบาหวานมีอยู่หลายวิธีตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาด้วยยา การคัดกรองโรคและภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน โดยในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกมีกรอบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางอันนำมาซึ่งกลยุทธ์การในการจัดการบริการคลินิกเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)⁽³⁾ และการปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล (Individual) อยู่หลายกระบวนการ หนึ่งในนั้นคือการดูแลแบบสหวิชาชีพที่ในปัจจุบันสถานพยาบาลต่างๆ นำมาใช้พัฒนากระบวนการรักษาผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น โดยเชื่อว่าการดูแลแบบสหวิชาชีพจะสามารถให้เวลาและเพิ่มการมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจของผู้ป่วย เพิ่มการสร้างแรงจูงใจภายใน ซึ่งจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยประสบความสำเร็จมากขึ้น ผลการรักษาดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายการรักษาลงได้⁽⁴⁾

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยวิธีการดูแลแบบสหวิชาชีพว่าสามารถลดระดับน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1C: HbA1c) ความดันโลหิต (Blood pressure) และระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein: LDL) ได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾ และลดค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขได้⁽⁶⁾ เช่น นักโภชนาการสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มคุณภาพการบริโภคอาหาร คมน้ำตาลในเลือดและควบคุมน้ำหนักได้⁽⁷⁾ แต่เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีไม่มากและหลายการศึกษามีแพทย์เฉพาะทางเช่น อายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม จักษุแพทย์อยู่ในทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยเบาหวาน^(5,8) ซึ่งไม่ตรงกับบริบทของการจัดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิประเทศไทย การวิจัยนี้เป็นการศึกษา เพื่อดูผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้บุคลากรทางการแพทย์สหวิชาชีพของคลินิกปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลบางกรวยเปรียบเทียบผลการรักษากับการรักษาเดิม

เพื่อเป็นแบบอย่างการศึกษาในการพัฒนาการจ้ดระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาในบริบทของบริการการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ
2. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ
3. เปรียบเทียบระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำในผู้ป่วยเบาหวานทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยโดยการทบทวนเวชระเบียนการรักษา (Retrospective medical record review research) เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาทำการรักษาในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2562–2564 ที่คลินิกปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลบางกรวย ในรูปแบบ One group before and after intervention โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนได้รับการดูแลสุขภาพแบบสหวิชาชีพและได้รับการตรวจความดันโลหิตและผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (Fasting blood sugar: FBS) น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein: LDL) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2562 กับผู้ป่วยกลุ่มเดิมที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบสหวิชาชีพแล้วและได้รับการตรวจความดันและผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) และคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2564

การดูแลสุขภาพแบบสหวิชาชีพของคลินิกปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลบางกรวยได้เริ่มต้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2563 จนถึง 30 กันยายน 2564 ด้วยการกำหนดแนวทางการดำเนินงานของคลินิกโดยกำหนดบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ดังนี้ 1) แพทย์ มีบทบาทในการตรวจรักษาด้วยยา ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ให้กำลังใจส่งเสริมการดูแลรักษาสุขภาพ 2) พยาบาล มีบทบาทในการโทรติดตามอาการ (House calling) ผู้ป่วยที่ยังคุมโรคได้ไม่ดี ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ตอบข้อสงสัยหลังการตรวจแก่ผู้ป่วย 3) นักโภชนาการ มีบทบาทในการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยทุกคนก่อนเข้ารับการรักษา เป็นที่ปรึกษาด้านการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตแก่ผู้ป่วย และ 4) เจ้าหน้าที่บริการ มีบทบาทในการจัดการบริการที่เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการ เช่น การส่งยาถึงบ้าน การให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาการใช้บริการ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกจะได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ครบทุกคน

ผู้วิจัยได้ทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปจาก Unlimited population size ใช้ Power calculation ที่ 95% ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (Significant level) ที่ 10% ได้จำนวนเท่ากับ 97 คน โดยเพื่อจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยที่อาจยุติการวิจัยไว้ที่ 20% จะได้ขนาดตัวอย่างอยู่ที่ 116 คน ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ของโรงพยาบาลบางกรวยที่บันทึกข้อมูลของ

ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital information system) โปรแกรม HosXP เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาทำการรักษาที่คลินิกปฐมภูมิโรงพยาบาล บางกรวยที่มีผลการวัดความดันและผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) ในช่วงก่อนที่จะได้รับการดูแลรักษาโดยสหวิชาชีพ (ตุลาคม-ธันวาคม 2562) และในช่วงหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพแล้ว (ตุลาคม-ธันวาคม 2564) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ขาดข้อมูลเวชระเบียนการตรวจความดันโลหิต ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) อย่างใดอย่างหนึ่งในระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปใช้สถิติ Dependent t-test สำหรับการเปรียบเทียบนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของผลการตรวจความดันโลหิต ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) ก่อนและหลังการทดลองที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2565 เอกสารรับรองเลขที่ 1/2565 โดยงานวิจัยนี้มีการใช้รหัสแทนชื่อ ซึ่งชื่อและข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยให้บุคคลภายนอกทราบผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จะเก็บไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเป็น ระยะเวลา 5 ปีหลังได้รับการรักษา และจะจำกัดการเข้าถึงให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้และต้องได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการและสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรีก่อนการเข้าถึงข้อมูล

ผลการวิจัย

จากการนำข้อมูลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาทำการรักษาที่คลินิกปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาล บางกรวยโดยต้องมีผลการตรวจได้แก่ ความดันโลหิต (Blood Pressure) น้ำตาลในเลือด (FBS), น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C), คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) ที่ได้รับการตรวจก่อนได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพ (ตุลาคม-ธันวาคม 2562) และหลังได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพ (ตุลาคม-ธันวาคม 2564) จำนวน 114 คน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยหญิงมากกว่าผู้ป่วยชายเกือบ 2 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด (FBS) คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) สูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพและได้รับการตรวจติดตาม (n=114)

ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	42 (36.84)
หญิง	72 (63.16)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 40	1 (0.90)
40-49	6 (5.26)
50-59	21 (18.42)
60-69	43 (37.71)
70 ขึ้นไป	43 (37.71)
Body Mass Index : BMI (Kg/m²)	
ต่ำกว่า 18	2 (4.78)
18-22.9	22 (19.29)
23-29.9	68 (56.64)
30 ขึ้นไป	22 (19.29)
ความดันโลหิตตัวบน (SBP; mmHg)	
ต่ำกว่า 140	95 (83.33)
140-159	17 (14.91)
160-179	2 (1.76)
180 ขึ้นไป	0 (0)
ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP; mmHg)	
<60	22 (19.29)
60-89	89 (78.07)
90-99	3 (2.64)
100-109	0 (0)
110 ขึ้นไป	0 (0)
น้ำตาลในเลือด (FBS; mg/dL)	
ต่ำกว่า 130	68 (59.64)
130-159	27 (23.68)
160-179	6 (5.26)
180 ขึ้นไป	13 (11.42)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพและได้รับการตรวจติดตาม (n=114)

ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
น้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C; mg%)	
ต่ำกว่า 7	51 (44.73)
7-8.4	47 (41.22)
8.5-10.4	10 (8.77)
10.5 ขึ้นไป	6 (5.28)
คอเลสเตอรอลความหนาแน่นต่ำ (LDL; mg/dL)	
ต่ำกว่า 100	56 (49.12)
100-129	39 (34.20)
130-159	9 (7.89)
160 ขึ้นไป	10 (8.79)

เปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลัง (ตารางที่ 2) ที่ผู้ป่วยคนเดิมได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพของคลินิกปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลบางกรวยจากข้อมูลที่น่าสนใจทั้ง 114 คนพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำ (FBS) มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 135.18 และ 133.77 mg/dL ตามลำดับโดยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.8) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) อยู่ที่ 7.31 และ 7.16 mg% ตามลำดับโดยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.1) ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) เท่ากับ 129.8 และ 133.8 mmHg ตามลำดับโดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.02) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) เท่ากับ 68.3 และ 75.2 mmHg ตามลำดับโดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.00) ระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) เท่ากับ 107.5 และ 105.5 mg/dL ตามลำดับโดยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.6)

เมื่อนำข้อมูลของผู้ป่วยมาจำแนกใหม่โดยนำผลเลือดเฉพาะผู้ป่วยที่มีผลการตรวจที่เกินระดับปกติ (ตารางที่ 3) ที่กำหนดได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ต้องน้อยกว่า 130 mg/dL ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ต้องไม่เกิน 7 mg% ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ต้องน้อยกว่า 140 mmHg ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ต้องน้อยกว่า 90 mmHg ระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) ต้องมีค่าไม่เกิน 100 mg/dL จะได้ว่าค่าเฉลี่ยผลก่อนและหลังการได้รับการดูแลของระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ที่ 168.8 และ 153.8 mg/dL ตามลำดับโดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.03, n=46), ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม อยู่ที่ 8.18 และ 7.13 mg% ตามลำดับโดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01, n=63) ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) เท่ากับ 150.53 และ 134.7 mmHg ตามลำดับโดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01, n=19) ระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) เท่ากับ 98.3 และ 94.6 mmHg ตามลำดับโดยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.7, n=3) ระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) เท่ากับ 132.5 และ 107.1 mg/dL ตามลำดับโดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01, n=58)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพ (n=114)

ผลการตรวจ	ค่าเฉลี่ย (Mean) ก่อนได้รับการดูแล	ค่าเฉลี่ย (Mean) หลังได้รับการดูแล	ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference)	p-value
Fasting Blood Sugar (mg/dL)	135.18	133.77	-1.40 (95% CI=-9.17-6.36)	0.8642
HbA1c (mg%)	7.31	7.16	-0.15 (95% CI=-0.52-0.21)	0.1010
Systolic Blood Pressure (mmHg)	129.82	133.88	4.06 (95% CI=0.01-8.11)	0.0259
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	68.35	75.27	6.92 (95% CI=4.79-9.05)	0.0000*
Low Density Lipoprotein (mg/dL)	107.54	105.54	-2.00 (95% CI=-11.25-7.25)	0.6327

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจก่อนการวิจัยสูงเกินเกณฑ์การรักษา

ผลการตรวจ	ค่าเฉลี่ยก่อน ได้รับการดูแล โดยสหวิชาชีพ	ค่าเฉลี่ยหลัง ได้รับการดูแล โดยสหวิชาชีพ	ผลต่างค่าเฉลี่ย	p-value
Fasting Blood Sugar (mg/dL) (n=46)	168.89	153.89	-15.00 (95% CI= -32.35 - 2.35)	0.0359
HbA1c (mg%) (n=63)	8.18	7.13	-1.05 (95% CI= -1.48 - -0.63)	0.0000*
Systolic Blood Pressure (n=19)	150.53	134.74	-15.78 (95% CI= -23.76 - -7.81)	0.0021*
Diastolic Blood Pressure (n=3)	98.33	94.67	3.67 (95% CI= -21.21 - 28.55)	0.7815
Low Density Lipoprotein (n=58)	132.53	107.19	-25.34 (95% CI = -38.79 - -11.90)	0.0005*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ซึ่งเป็นการตรวจที่ใช้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยสหวิชาชีพมีนัยสำคัญทางสถิติว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการทดลองนี้เป็น การทดลองที่กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี แต่เมื่อคิดเฉพาะผู้ป่วยที่ยังคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีมาวิเคราะห์แล้ว จะเห็นนัยสำคัญทางสถิติว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ สาเหตุอาจเกิดจากการดูแลเบาหวานโดยสหวิชาชีพที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องเป็นการดูแลโดยเน้นการเสริมสร้างแรงผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care empowerment)⁽⁹⁾ ซึ่งการดูแลสหวิชาชีพในการทดลองนี้เป็น การเน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและการตรวจติดตามต่อเนื่องมากกว่าการเสริมสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเอง และอาจเกิดจากการตั้งเงื่อนไขของการวิจัยที่นำข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจในช่วงตุลาคม-ธันวาคม 2562 กับตุลาคม-ธันวาคม 2564 ครบทุกตัว และได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพอย่างน้อยหนึ่งครั้งจึงจะเข้าเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยที่คุมได้ไม่ดีและได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพแต่ไม่ได้มาตรวจเลือดในช่วงเวลาดังกล่าวถูกคัดออกจากการวิจัย ทั้งนี้ทั้งนั้นมีการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อถัก (Meta-analysis) ที่ไม่พบว่าการใช้การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological) สามารถควบคุมเบาหวานได้ดีกว่าการใช้ยา⁽¹⁰⁾

เมื่อแสดงผลของการตรวจรักษาภาวะความโลหิตสูงด้วยความดันโลหิตตัวบน (SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) พบว่าการดูแลโดยสหวิชาชีพทำให้ความดันโลหิตทั้งสองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ยังคุมระดับความดันได้ไม่ดีมาแสดงผลจะพบว่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ โดยอาจเกิดจากการดูแลจากสหวิชาชีพมีประโยชน์เฉพาะกลุ่มที่ยังคุมโรคได้ไม่ดี และอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการวัดความดันทำให้ความดันโลหิตที่ได้ไม่เป็นไปตามการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁵⁾

คอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) ซึ่งเป็นค่าที่ถูกนำมาใช้วัดระดับภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ลดลงในกลุ่มตัวอย่างที่ยังคุมโรคได้ไม่ดีก่อนที่จะได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) โดยสาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยที่คุมโรคได้ไม่ดีมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพมากกว่ากลุ่มที่คุมได้ดี และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแต่ไม่ได้ตรวจเลือดในช่วงเวลาดังกล่าวก็ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้การทดลองในครั้งนี้ไม่มีเภสัชกรคลินิกเข้าร่วมดูแลในสหวิชาชีพซึ่งมีการศึกษามาว่าการที่มีเภสัชกรวิชาชีพสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่สามารถรักษาระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) และไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) มากกว่ากลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือการที่งานวิจัยนี้เป็นการทำโดยการทบทวนเวชระเบียนการรักษา ภายหลังจากที่การดำเนินการรักษาเสร็จสิ้นไปแล้วซึ่งทำให้ออคติ (Bias) ของผู้ทำการวิจัยต่อการดูแลรักษา และการทำวิจัยลดลง อีกทั้งยังเป็นการวัดผลการดำเนินของคณะทำงานที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยเชิงประจักษ์

งานวิจัยนี้จึงเหมาะแก่การเป็นต้นแบบในการติดตามการดำเนินงานและสรุปออกมาเป็นการวิจัยเพื่อประกอบการวางแผนการดำเนินงานของคลินิกที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทบทวนเวชระเบียนเพื่อทำการวิจัยในครั้งนี้ อาจไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายในการรักษาได้ดีเท่าที่ควร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่คุมโรคความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูงได้ดี ประมาณครึ่งหนึ่งก็คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตั้งแต่ก่อนได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพ ประกอบผู้ป่วยที่คุมได้ดีมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่คุมได้ไม่ดี

ข้อจำกัดของงานวิจัยในครั้งนี้คือการหากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจรักษากับสหวิชาชีพของคลินิกปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลบางกรวยและได้รับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2562-2564 ได้น้อย เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพหรือไม่ได้รับการตรวจเลือดเพื่อติดตามอาการได้อย่างครบถ้วน และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกในปี 2564 นั้นไม่เคยเข้ามาใช้บริการที่คลินิกในปี 2562

สรุปการวิจัยในครั้งนี้ได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยสหวิชาชีพสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด (FBS), ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C), ระดับคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่าง (Systolic and diastolic blood pressure) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพนี้อาจมีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่คุมโรคได้ไม่ดี

ข้อเสนอแนะ

เสนอแนะให้การวิจัยในครั้งหน้าทำในผู้ป่วยที่คุมโรคได้ไม่ดีและอาจร่วมกับคลินิกอื่นในโรงพยาบาลเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นหรือทำเปรียบเทียบกับสองคลินิกที่มีรูปแบบการดำเนินการกับลักษณะผู้ป่วยคล้ายคลึงกันจะทำให้มีกลุ่มควบคุมในการวิจัยลักษณะนี้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ไพโรจน์ วิริยะอมรพันธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีที่ได้อนุญาตและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. King H. WHO and the International Diabetes Federation: regional partners. Bulletin of the World health organization [internet]. 1999 [cited 2022 Jan 02]. Available from: <https://www.who.int/bulletin/archives/77%2812%29954.pdf>
2. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2563.

3. ปฐมพร ศิริประภาศิริ, สันติ ลาภเบญจกุล, ดวงดาว ศรียากุล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, จุรีพร คงประเสริฐ. คู่มือการจัดการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). นนทบุรี: กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกฯ ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
5. Zwar NA, Hermiz O, Comino EJ, Shortus T, Burns J, Harris M. Do multidisciplinary care plans result in better care for patients with type 2 diabetes? Aust Fam Physician. 2007 Jan-Feb;36(1-2):85-9.
6. Keers JC, Groen H, Sluiter WJ, Bouma J, Links TP. Cost and benefits of a multidisciplinary intensive diabetes education programme. J Eval Clin Pract. 2005;11(3):293-303. doi: 10.1111/j.1365-2753.2005.00536.x.
7. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Acad Nutr Diet. 2017;117(12):1941-1962. doi: 10.1016/j.jand.2017.06.364.
8. Levetan CS, Salas JR, Wilets IF, Zumoff B. Impact of endocrine and diabetes team consultation on hospital length of stay for patients with diabetes. Am J Med. 1995 Jul;99(1):22-8. doi: 10.1016/s0002-9343(99)80100-4.
9. Tan E, Khoo J, Gani LU, Malakar RD, Tay TL, Tirukonda PS, Kam JW, Tin AS, Tang TY. Effect of multidisciplinary intensive targeted care in improving diabetes mellitus outcomes: a randomized controlled pilot study - the Integrated Diabetes Education, Awareness and Lifestyle modification in Singapore (IDEALS) Program. Trials. 2019 Sep 2;20(1):549. doi: 10.1186/s13063-019-3601-3.
10. Leite RGOF, Banzato LR, Galendi JSC, Mendes AL, Bolfi F, Veroniki AA, Thabane L, Nunes-Nogueira VDS. Effectiveness of non-pharmacological strategies in the management of type 2 diabetes in primary care: a protocol for a systematic review and network meta-analysis. BMJ Open. 2020 Jan 12;10(1):e034481. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034481.
11. Tahaine L, Albsoul-Younes A, Al-Ashqar E, Habeb A. The role of clinical pharmacist on lipid control in dyslipidemic patients in North of Jordan. Int J Clin Pharm. 2011 Apr;33(2):229-36. doi: 10.1007/s11096-011-9479-0.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด 19 ณ โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี

ศุภวิชัย บุญดีสกุลโชค, พ.บ.^{*}, ศรัณย์ วีรเมธัชชัย, พ.บ.^{**}, ธนภมณ ลีศรี, Ph.D.^{***a}

บทคัดย่อ

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการระบาดทั่วโลก ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตใจ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโควิด 19 ณ โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี เป็นการวิจัยภาพตัดขวางย้อนหลัง (Retrospective cross-sectional study) ในผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษา ณ โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม-31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ที่ได้ประเมินภาวะเครียด (ST-5) และภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) นำข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียน วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดย Univariable และ Multivariable logistic regression

ผลการศึกษา พบผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 263 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 165 ราย (ร้อยละ 62.75) อายุเฉลี่ย 41.94 ± 15.30 ปี มีความชุกภาวะเครียดร้อยละ 6.46 ความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.79 ไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ป่วยโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 คือการได้ยา Dexamethasone (OR 8.02, 95% CI 1.41-45.64, p-value=0.019)

ผู้ป่วยโควิด 19 มีความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าช่วงเวลาปกติ ไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ การได้ยา Dexamethasone

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโควิด 19; ภาวะเครียด; ภาวะซึมเศร้า; โรงพยาบาลสนาม

^{*} นายแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี

^{**} นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี

^{***} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักรังษิยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

^a Corresponding author : ธนภมณ ลีศรี Email : thanakamon@sut.ac.th

รับบทความ: 3 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 28 ก.พ. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 28 ก.พ. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 28 มี.ค. 65

Prevalence and associated factors of Stress and Depression among SARS-Cov-2 patient in field hospital, Saraburi hospital

Suphawit Boondiskulchok, MD^{*}, Saran Weerametachai, MD^{**},
Thanakamon Leesri, Ph.D.^{***a}

Abstract

The coronavirus disease 2019 is a worldwide pandemic causing physical and mental health problems. The objectives of this research were to study the prevalence and factors associated with stress and depression occurred in COVID-19 patients in the field hospital at Saraburi hospital network. The study used a retrospective cross-sectional research design. The samples were patients with COVID-19 who were admitted and treated at the field hospital at Saraburi hospital network during August 1 and October 31, 2021. While admitted to the field hospital, the patients were asked to complete Stress Test Questionnaire (ST-5) and 9-Question Depression (9Q) test. The data were retrieved from medical records database. Prevalence of stress and depression was measured. Factors associated with stress and depression were analyzed by univariate and multivariate logistic regression.

Results showed that, among 263 COVID-19 patients, 165 were females (62.75%). Their mean age was 41.94 ± 15.30 years old. The prevalence of stress and depression was at 6.46 and 11.79 percent, respectively. There was no factor associated with stress among COVID-19 patients. The factor associated with depression in coronavirus patients was being prescribed with Dexamethasone (OR 8.02, 95% CI=1.41-45.64, p-value 0.019)

The prevalence of stress and depression was higher than the estimated during the normal time. There was no significant factor associated with stress. The only factor associated with depression was being prescribed with Dexamethasone.

Keywords : Covid-19; Stress; Depression; Field hospital

^{*} 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. 3, 22; Revised: Feb. 28, 22; Accepted: Feb. 28, 22; Published Online: Mar. 28, 22

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease: COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดใหญ่ (Pandemic) เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) เริ่มระบาดครั้งแรกที่เมือง Wuhan ประเทศจีน ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โรคโควิด 19 สามารถแพร่ระบาดได้รวดเร็ว ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ และหากเกิดการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงจะเพิ่มความเสี่ยงของโรค อาจเกิดปอดอักเสบและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้^(1,2)

หลังจากการแพร่ระบาดไปทั่วโลก โรคโควิด 19 ได้มีการเกิดสายพันธุ์ย่อยขึ้น คือ สายพันธุ์เดลต้า (COVID-19 Delta variant: B.1.617.2) ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปลายเดือนสิงหาคมพบว่าโรคโควิด 19 เป็นสายพันธุ์เดลต้าร้อยละ 92.90⁽³⁾ ซึ่งมีความสามารถในการแพร่ระบาดมากกว่าสายพันธุ์อื่นๆ⁽⁴⁾ จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคและศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.) รายงาน ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสม 1,762,190 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 18,123 ราย จังหวัดสระบุรี มีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 27,897 ราย ติดเชื้อเป็นอันดับที่ 17 จาก 77 จังหวัดของประเทศไทย⁽⁵⁾

ผลกระทบจากการระบาดเป็นวงกว้าง นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพของร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาจากประเทศจีน พบว่าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนาม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีภาวะความกังวลร้อยละ 18.6 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4⁽⁶⁾

ในระหว่างเดือนเมษายน-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดสายพันธุ์อัลฟ่า (Serine) มีการศึกษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่กรุงเทพมหานคร พบความชุกภาวะเครียด ร้อยละ 30.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และสถานะการรักษาแบบผู้ป่วยใน และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป⁽⁷⁾

ผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านจิตใจของผู้ป่วยในช่วงนี้ ยังไม่มีการศึกษาในปัจจุบัน การวิจัยนี้จึงเป้าหมายเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยของความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี และทำให้เกิดแนวทางการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะเหล่านี้เพื่อเป็นการเตรียมทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาหาความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยวิสัยภาพตัดขวางย้อนหลัง (Retrospective cross-sectional study) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม-31 ตุลาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและสถานที่ศึกษา

ในกลุ่มผู้ป่วย covid -19 ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม-31 ตุลาคม พ.ศ. 2564

คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ใช้ Application n4studies ด้วยวิธี Estimation infinite population proportion

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

คำนวณขนาดตัวอย่างของความชุกของความเครียด⁽⁴⁾ โดยกำหนด Proportion=0.38, Error=0.06 และ Alpha=0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 252 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างของความชุกของภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁾ โดยกำหนด Proportion=0.165, Error=0.06 และ Alpha=0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 148 คน

เกณฑ์คัดเข้า

เป็นผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยืนยันผลการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ด้วยวิธีการตรวจ RT-PCR และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรีในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม-31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินเรื่องความเครียด (5ST) และได้รับการประเมินเรื่องภาวะซึมเศร้า (9Q)

เกณฑ์คัดออก

ผู้ที่มีโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และ ผู้ที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำวิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ผลการประเมินความเครียด ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า วันที่ยืนยันผลติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้ำหนัก การสูบบุหรี่ การดื่ม แอลกอฮอล์ อาการป่วย ผลภาพรังสีปอด ประวัติวัคซีนโควิด การได้รับยา Flavipiravir การได้รับยา Dexamethasone แล้วนำข้อมูลมาเรียบเรียงและตรวจสอบด้วยวิธี logic check หากพบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ถูกต้องหรือขาดหายไป จะถือว่าข้อมูลในส่วนนั้นขาดหายไป ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากฐานข้อมูลจากโรงพยาบาลสระบุรีมาใช้ประกอบรวม หากยังไม่พบข้อมูล จะนำบุคคลดังกล่าวออกจากกลุ่มตัวอย่าง

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรงพยาบาลสนาม (Field hospital) สถานที่ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลซึ่งเกินศักยภาพการจัดระบบบริการในการรองรับผู้ป่วย ทั้งนี้การจัดตั้งจะตั้งนอกสถานพยาบาล ขึ้นกับการดำเนินการ

ของหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่⁽⁸⁾ โดยในบริบทของการดูแลผู้ป่วยในความดูแลของโรงพยาบาลสระบุรี จะกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม

Rama Co-RADS เกณฑ์คัดแยกระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกสำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยยืนยันโควิด 19 แบ่งเป็นทั้งหมด 6 category CAT 1 : ภาพรังสีทรวงอกปกติ หรือไม่พบความผิดปกติ, CAT 2 : ภาพรังสีทรวงอกมีความผิดปกติบางอย่างแต่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก และไม่เกี่ยวข้องกับภาวะปอดอักเสบจากโควิด-19, CAT 3 : ความผิดปกติที่มีลักษณะคลุมเครือทำให้รังสีแพทย์ไม่สามารถสรุปได้อย่างมั่นใจว่าเกิดจากภาวะปอดอักเสบจากโควิด 19 หรือเป็นภาวะอื่น หรือเงาหลง, CAT 4 : ภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติซึ่งบ่งชี้ว่ามีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดจากภาวะปอดอักเสบจากโควิด-19 ในระยะเริ่มแรกหรือที่มีพยาธิสภาพน้อย, CAT 5 : ภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติที่บ่งชี้หรือสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของภาวะปอดอักเสบจากโควิด-19, CAT C : ภาพรังสีทรวงอกแสดงความผิดปกติชัดเจน แต่ลักษณะความผิดปกติที่พบ ไม่สอดคล้องกับภาวะปอดอักเสบจากโควิด19⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

แบบประเมินความเครียด ST-5 เป็นแบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient=0.85 พัฒนาโดย พญ. อรรพรรณ ศิลปะกิจ มีคำถามทั้งหมดจำนวน 5 คำถาม โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) โดยแบ่งผลเป็น น้อยกว่าเท่ากับ 4 คะแนน คือกลุ่มที่ไม่มีความเครียด, 5-7 คะแนน สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด และ 8 คะแนนขึ้นไป คือกลุ่มที่น่าจะป่วยด้วยความเครียด^(10,11)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 75.68 และความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 93.37 มีคำถามทั้งหมดจำนวน 9 คำถาม โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ ไม่มีเลย เท่ากับ 0 คะแนน เป็นบางวัน (1-7 วัน) เท่ากับ 1 คะแนน เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) เท่ากับ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ 7 คะแนน และแบ่งตามระดับความรุนแรง ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าน้อย มีคะแนนระหว่าง 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน และ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง คะแนนมากกว่า 19 คะแนน⁽¹¹⁾

ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้คำนวณโดยใช้โปรแกรม STATA version 16

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2564 รหัสโครงการ SRBR64-036 การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้รหัสแทนการใช้ชื่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่จะระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่เป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น นอกจากนี้ ข้อมูลถูกเก็บไว้โดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษา

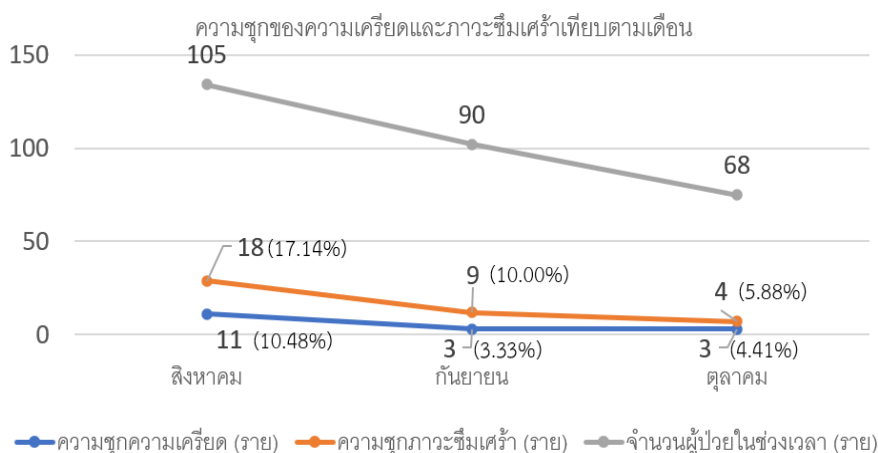
ผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 263 ราย คัดออกจำนวน 0 ราย ไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายจำนวน 94 ราย (ร้อยละ 37.26) เพศหญิงจำนวน 165 ราย (ร้อยละ 62.75) อายุเฉลี่ย 41.94 ± 15.30 ปี มีน้ำหนักน้อยกว่า 90 กิโลกรัมและดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 จำนวน 194 ราย (ร้อยละ 73.76) ไม่สูบบุหรี่จำนวน 242 ราย (ร้อยละ 92.02) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 221 ราย (ร้อยละ 84.03) ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 172 ราย (ร้อยละ 65.40) เป็นโรคเบาหวานจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 4.18) เป็นโรคไตเสื่อมจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.38) เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.38) เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.38) เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.52) มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.14) และมีโรคประจำตัวอื่นๆ จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 4.94)

ผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลสนาม มีภาวะเครียดจำนวน 17 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 6.46 ภาวะซึมเศร้าจำนวน 31 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 11.79 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลสนาม ในความดูแลของโรงพยาบาลสระบุรี

ความชุก	จำนวน	ร้อยละ	ทั้งหมด
ความชุกของภาวะเครียด	17	6.46	263
ความชุกของภาวะซึมเศร้า	31	11.79	263

โดยเมื่อจำแนกตามเดือนจะพบว่าในเดือน สิงหาคม กันยายน และตุลาคมจะมีความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าแนวโน้มลดลง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับเดือน

ตารางที่ 2 ปัจจัยของภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการดูแล
ที่โรงพยาบาลสนาม ในความดูแลของโรงพยาบาลสระบุรี

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ เครียด	ไม่มีภาวะ เครียด	p- value	มีภาวะ ซึมเศร้า	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า	p- value
อายุ							
15-59 ปี	225 (85.55)	16 (94.12)	209 (84.96)	0.481	28 (90.32)	197 (84.91)	0.589
60 ปีขึ้นไป	38 (14.45)	1 (5.88)	37 (15.04)		3 (9.68)	35 (15.09)	
เพศ							
ชาย	165 (62.74)	4 (23.53)	94 (38.21)	0.303	13 (41.94)	85 (36.64)	0.560
หญิง	98 (37.26)	13 (76.47)	152 (61.79)		18 (58.06)	147 (63.36)	
น้ำหนัก (kg) ดัชนีมวลกาย (BMI)							
<90 kg; BMI<30	194 (73.76)	11 (64.71)	183 (74.39)	0.397	21 (67.74)	173 (74.57)	0.271
≥90 kg; BMI≥30	69 (26.24)	6 (35.39)	63 (25.61)		10 (32.26)	59 (25.43)	
การสูบบุหรี่							
สูบ	21 (7.98)	1 (5.88)	20 (8.13)	1.0	4 (12.90)	17 (7.33)	0.288
ไม่สูบ	242 (92.02)	16 (94.12)	226 (91.87)		27 (87.10)	215 (92.67)	
การดื่มแอลกอฮอล์							
ดื่ม	42 (15.97)	2 (11.76)	40 (16.26)	1.0	5 (16.13)	37 (15.95)	1.00
ไม่ดื่ม	221 (84.03)	15 (84.03)	206 (83.74)	1.0	26 (83.87)	195 (84.05)	1.00

ตารางที่ 2 (ต่อ) ปัจจัยของภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลสนาม ในความดูแลของโรงพยาบาลสระบุรี

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ เครียด	ไม่มีภาวะ เครียด	p- value	มีภาวะ ซึมเศร้า	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า	p- value
การมีโรคประจำตัว							
(DM, CKD, Stroke, COPD, Heart disease, Immunocompromise)							
ไม่มี	243 (92.40)	17 (100)	226 (91.87)	0.627	30 (96.77)	213 (91.81)	0.484
มี	20 (7.60)	0 (0)	20 (8.13)		1 (3.23)	19 (8.19)	
อาการป่วย							
มีไข้	79 (30.04)	3 (17.65)	76 (30.89)	0.411	7 (22.58)	72 (31.03)	0.408
ไม่มีไข้	184 (69.96)	14 (82.35)	170 (69.11)		24 (77.42)	160 (68.97)	
มีไอ เจ็บคอ น้ำมูก เสมหะ	202 (76.81)	14 (82.35)	188 (76.42)	0.769	23 (74.19)	179 (77.16)	0.658
ไม่มีไอ เจ็บคอ น้ำมูก เสมหะ	61 (23.19)	3 (17.65)	58 (23.58)		8 (25.19)	53 (22.84)	
มีอาการจุกไม่ไ้กลืน/ ลิ้นไม่รับรส	96 (36.50)	9 (52.94)	87 (35.37)	0.192	14 (45.16)	82 (35.34)	0.323
ไม่มีอาการจุกไม่ไ้กลืน/ ลิ้นไม่รับรส	167 (63.50)	8 (47.06)	159 (64.63)		17 (54.84)	150 (64.66)	
มีถ่ายเหลว	43 (16.35)	1 (5.88)	42 (17.07)	0.322	3 (9.68)	40 (17.24)	0.437
ไม่มีถ่ายเหลว	220 (83.65)	16 (94.12)	204 (82.93)		28 (90.32)	192 (82.76)	
มีหายใจเหนื่อย	52 (19.77)	7 (41.18)	45 (18.29)	0.051	12 (38.71)	40 (17.24)	0.008*
ไม่มีหายใจเหนื่อย	211 (80.23)	10 (58.82)	201 (81.71)		19 (61.29)	192 (82.76)	

ตารางที่ 2 (ต่อ) ปัจจัยของภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลสนาม ในความดูแลของโรงพยาบาลสระบุรี

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะ เครียด	ไม่มีภาวะ เครียด	p- value	มีภาวะ ซึมเศร้า	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า	p- value
CXR Pneumonia							
No (CAT1-3)	161 (61.22)	9 (52.94)	152 (61.79)	0.608	13 (41.94)	148 (63.79)	0.029*
Yes (CAT4-5)	102 (38.78)	8 (47.06)	94 (38.21)		18 (58.06)	84 (36.21)	
วัคซีน COVID-19							
ไม่ได้รับ	131 (49.81)	11 (64.71)	120 (48.78)	0.221	20 (64.52)	111 (47.84)	0.088
ได้รับ	132 (50.19)	6 (35.29)	126 (51.22)		11 (35.48)	121 (52.16)	
การได้รับยา Favipiravir							
ได้รับ	190 (72.24)	11 (64.71)	179 (72.76)	0.575	23 (73.19)	167 (71.98)	1.00
ไม่ได้รับ	73 (27.76)	6 (35.29)	67 (27.24)		8 (25.81)	65 (28.02)	
การได้รับยา Dexamethasone							
ได้รับ	9 (3.42)	2 (11.76)	7 (2.85)	0.108	5 (16.13)	4 (1.72)	0.001*
ไม่ได้รับ	254 (96.58)	15 (88.24)	239 (97.15)		26 (83.87)	228 (98.28)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว (Univariable logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการเหนื่อย (Odds Ratio=3.1267, 95% CI=1.13-8.66, p-value=0.028) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการเหนื่อย (Odds Ratio=3.0316, 95% CI=1.36-6.74, p-value=0.007) ภาพถ่ายรังสีปอดพบภาวะปอดติดเชื้อ (Odds Ratio=2.439, 95% CI=1.14-5.22, p-value=0.022) และ การได้รับยา Dexamethasone (Odds Ratio=10.9, 95% CI=2.77-43.40, p-value=0.001)

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุตัวแปร (Multivariable logistic regression) พบว่าภาวะเครียดไม่มีปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การได้รับยา dexamethasone (Odds ratio=8.02, 95% CI=1.41-45.64, p-value=0.019) ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร

ปัจจัย	univariable			multivariable		
	OR	p-value	95% CI	OR	p-value	95% CI
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	0.35	0.320	0.05-2.74	0.39	0.422	0.04-3.87
เพศชาย	0.50	0.234	0.16-1.57	0.36	0.145	0.09-1.43
น้ำหนักเกิน 90 kg หรือ BMI ≥ 30 kg/m ²	1.62	0.362	0.57-4.56	1.08	0.902	0.31-3.82
สูบบุหรี่	0.71	0.742	0.89-5.60	1.29	0.844	0.10-16.86
ดื่มแอลกอฮอล์	0.69	0.626	0.15-3.12	0.62	0.615	0.10-4.00
มีโรคประจำตัว 6 กลุ่มโรค	-	-	-	-	-	-
อาการไอ	0.48	0.259	0.13-1.72	0.62	0.521	0.15-2.66
อาการไอ เจ็บคอ น้ำมูก เสมหะ	1.44	0.577	0.40-5.18	-	-	-
จมูกไม่ได้กลิ่นหรือลิ้นไม่รับรส	2.06	0.153	0.77-5.52	3.63	0.056	0.97-13.64
ถ่ายเหลว	0.30	0.254	0.39-2.35	0.12	0.066	0.01-1.15
อาการเหนื่อย	3.13	0.028*	1.13-8.66	2.27	0.228	0.60-8.61
CXR พบภาวะปอดติดเชื้อ	1.44	0.71	0.54-3.85	1.36	0.712	0.27-6.86
ได้รับวัคซีน covid	0.52	0.211	0.19-1.45	0.75	0.639	0.22-2.53
ได้รับยา Flavipiravir	0.69	0.475	0.24-1.93	0.72	0.713	0.13-4.12
ได้รับยา Dexamethasone	4.55	0.073	0.87-23.84	2.92	0.315	0.36-23.62

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร

ปัจจัย	univariable			multivariable		
	OR	p-value	95% CI	OR	P value	95% CI
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	0.60	0.425	0.17-2.09	0.74	0.680	0.17-3.18
เพศชาย	1.25	0.567	0.58-2.68	0.97	0.949	0.37-2.54
น้ำหนักเกิน 90 kg หรือ BMI ≥ 30 kg/m ²	1.43	0.388	0.64-3.21	1.22	0.706	0.44-3.35
สูบบุหรี่	1.87	0.289	0.59-5.98	2.29	0.305	0.47-11.09
ดื่มแอลกอฮอล์	1.01	0.979	0.37-2.80	0.56	0.399	0.15-2.14

ตารางที่ 4 (ต่อ) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร

ปัจจัย	univariable			multivariable		
	OR	p-value	95% CI	OR	P value	95% CI
มีโรคประจำตัว 6 กลุ่มโรค	0.37	0.346	0.05-2.89	0.45	0.464	0.05-3.80
อาการไข้	0.65	0.338	0.27-1.57	1.03	0.961	0.37-2.87
อาการไอ เจ็บคอ น้ำมูก เสมพะ	0.85	0.714	0.36-2.01	3.25	0.146	0.67-15.90
จมูกไม่ได้กลิ่นหรือลิ้นไม่รับรส	1.50	0.289	0.71-3.21	2.42	0.103	0.84-7.01
ถ่ายเหลว	0.51	0.293	0.15-1.77	0.27	0.091	0.06-1.23
อาการเหนื่อย	3.03	0.007**	1.36-6.74	2.38	0.092	0.87-6.55
CXR พบภาวะปอดติดเชื้อ	2.44	0.022*	1.14-5.22	2.57	0.118	0.79-8.37
ได้รับวัคซีน Covid-19	0.50	0.085	0.23-1.10	0.71	0.471	0.28-1.79
ได้รับยา Flavipiravir	1.12	0.796	0.48-2.62	0.68	0.583	0.17-2.71
ได้รับยา Dexamethasone	10.9	0.001**	2.77-43.40	8.02	0.019*	1.41-45.64

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโควิด 19 ที่โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี ในช่วง 1 สิงหาคม-31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 263 ราย มีภาวะเครียดจำนวน 17 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 6.46 มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 31 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 11.79 ซึ่งน้อยกว่าจากการศึกษา ก่อนหน้าในประเทศจีนมีความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 13.4³ และการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทย มีความชุกของความเครียดร้อยละ 30.8 และความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.5⁴ แต่มากกว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยจากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.8¹¹⁻¹²

ความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคมมีแนวโน้มลดลง อาจเกิดจากแนวโน้มการแพร่ระบาดในจังหวัดสระบุรีนั้นลดลง โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในจังหวัดสระบุรี ทั้งหมดในเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564 มี 11,745, 7,017 และ 4,241 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 ในจังหวัดสระบุรีเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2564 มี 126, 98 และ 52 รายตามลำดับ⁽¹⁴⁾ การแพร่ระบาดในช่วงแรก ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างแพร่หลาย จึงทำให้มีความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ค่อนข้างสูง แต่เมื่อเวลาผ่านไปมีการให้ความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ยอดการติดเชื้อลดลง ยอดเสียชีวิตลดลง สถานการณ์การแพร่ระบาดดีขึ้น จึงอาจทำให้เกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามลดลงตามช่วงเวลา

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ไม่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดคือเพศ และสถานะผู้ป่วยใน⁽⁴⁾

ในการศึกษานี้เพศหญิงมีแนวโน้มมีความชุกของความเครียดมากกว่าเพศชาย แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่เพียงพอ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของการศึกษานี้มีสถานะเป็นผู้ป่วยใน ส่วนภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การได้รับยา Dexamethasone โดยในบริบทโรงพยาบาลสนาม ผู้ป่วยโควิด 19 จะได้รับยา Dexamethasone เมื่อมีอาการรุนแรง หรืออาจเรียกได้ว่าการได้รับยา Dexamethasone เป็นตัวสะท้อนความรุนแรงของโรค ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เกิดขึ้นภายใต้การเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้มีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน และไม่ได้เก็บข้อมูลที่เป็นปัจจัยของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า เช่น เศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา อาชีพ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดด้วยโรคโควิด 19 เป็นต้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในระหว่างป่วยเป็นโรคโควิด 19 ในอนาคตอาจมีการศึกษาผลของโรคโควิด 19 ต่อภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้าในระยะยาว

ผู้ป่วยโควิด 19 มีความชุกของความเครียดร้อยละ 6.46 ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.79 ไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ การได้รับยา Dexamethasone

เอกสารอ้างอิง

1. CDC. Science Brief: Evidence Used to Update the List of Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19 [Internet]. [cited 2021 Oct 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/underlying-evidence-table.html>
2. CDC. Basics of COVID-19 [Internet]. [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/about-covid-19/basics-covid-19.html>
3. ศุภกิจ ศิริลักษณ์. ข้อมูลการจำแนกตามสายพันธุ์ที่เฝ้าระวังและการกลายพันธุ์ของเชื้อกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ต.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก: <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/1261>
4. Twohig KA, Nyberg T, Zaidi A, Thelwall S, Sinnathamby MA, Aliabadi S, et al. Hospital admission and emergency care attendance risk for SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) compared with alpha (B.1.1.7) variants of concern: a cohort study. Lancet Infect Dis. 2022 Jan;22(1):35-42. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00475-8.
5. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.). สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ต.ค. 27]. เข้าถึงได้จาก: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/151064.pdf

6. Dai LL, Wang X, Jiang TC, Li PF, Wang Y, Wu SJ, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. *PLoS One*. 2020 Aug 28;15(8):e0238416. doi: 10.1371/journal.pone.0238416.
7. วรินทิพย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปพน รัตนตรัย, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์. ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขต กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2564;29(2):114-24.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเตรียมโรงพยาบาลสนาม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ต.ค. 26]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640111082302AM_Field Hospital GL_V_5_08012021.pdf
9. ฐิติพร สุวัฒน์พงษ์ชมพู, ชญานิน นิติวรางกูร, วรารุณี สุขเกษม, สิทธิ พงษ์กิจการุณ. Rama Co-RADS: เกณฑ์คัดแยกระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกสำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยยืนยันโควิด-19. *Rama Med J*. 2564;44(2):50-62.
10. อรรถธรณ ศิลปะกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2551;16(3):177-84.
11. กระทรวงสาธารณสุข ก. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ต.ค. 19]. เข้าถึงได้จาก: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/ประชุม/20-21_11_61/C_1.pdf
12. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรารณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, และคณะ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พ.ย. 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS2013.pdf
13. ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย. วันอนามัยโลก 2560 : ซึมเศร้า...เราคุยกันได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 6]; เข้าถึงได้จาก: https://www.thaidepression.com/www/who_depress/km_depress.pdf
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. การเฝ้าระวังโรคโควิด 19 (Covid-19) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://ssjsaraburi.moph.go.th/covid19/view-slide-status.php>
15. Bazargan M, Smith J, Saqib M, Helmi H, Assari S. Associations between Polypharmacy, Self-Rated Health, and Depression in African American Older Adults; Mediators and Moderators. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1574. doi: 10.3390/ijerph16091574.

ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

พิมพาภรณ์ กุลตั้งวัฒนา^{*a}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อประเมินสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ในผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2564 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมินผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performance : ODIP) แล้วทำการตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก

ผลการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ 245 ราย เป็นเพศชาย 132 ราย (ร้อยละ 53.9) ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 48.9) พบอาการสมองเสื่อมมากที่สุด 132 ราย (ร้อยละ 53.9) มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 4 มิลลิเมตร 138 ราย (ร้อยละ 56.3) จำนวนฟันที่เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ 132 ราย (ร้อยละ 53.9) และจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ 133 ราย (ร้อยละ 54.3) คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ความถี่เฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการกิน 3.9 คะแนน ความรุนแรงเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการกิน 3.4 คะแนน คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 75 คะแนน (เฉลี่ย 20.54 คะแนน) การกระจายความถี่ของคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน ส่วนมากอยู่ที่ 25-50 เปอร์เซนต์ไทล์ (12.5-17.5 คะแนน) 66 ราย (ร้อยละ 27.1) พบกลุ่มอาการสูงอายุและจำนวนคู่สบฟันหลังมีความสัมพันธ์กับคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน

สรุปผลการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ มีสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คำสำคัญ : สุขภาพช่องปาก; คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก; ผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน; กลุ่มอาการสูงอายุ

^{*} ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

^a Corresponding author : พิมพาภรณ์ กุลตั้งวัฒนา Email : May_dent048@hotmail.com

รับบทความ: 7 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 9 มี.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 9 มี.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 28 มี.ค. 65

Elder with Geriatric Syndromes and Oral Health Related Quality of Life in Nongbualamphu Hospital

Pimpaporn Kultangwattana^{*a}

Abstract

Objective: To evaluate oral health status and Oral Health Related Quality of Life in elderly with geriatric syndromes

Methods: A cross-sectional analytic study in elderly with geriatric syndromes at the geriatric clinic, Nongbualamphu hospital between 1 January-31 December 2021 was conducted. Data collection was done by interviewing to explore demographic data and Oral Health Related Quality of Life by using Oral Impacts on Daily Performance (ODIP), then oral examinations to explore oral health status were conducted.

Results: There were 245 elderly with geriatric syndromes. Most elderly are males (53.9 %) with aged between 60 and 69 years old (48.9%). Dementia was the most common problem found among this group (53.9%) Additionally, 56.3 percent had periodontal pocket of more than 4 millimeters, 53.9 percent had fewer than 20 remaining teeth, and 54.3 percent had the number of posterior occluding pairs less than 4. Eating was the most frequent and severe problem according to Oral Impacts on Daily Performance (ODIP). The lowest ODIP score was 0 points while the highest score was 75 points with an average score of 20.54. The distribution of ODIP scores were at 25-50 percentiles (12.5-17.5 points) were found among 66 persons (27.1 percent). There were statistically significant correlations between geriatric syndromes, number of posterior occluding pairs and ODIP score.

Conclusion: Elderly with geriatric syndromes had oral health status that impacts Oral Health Related Quality of Life.

Keywords : Oral health status; Oral health related quality of life; Oral Impacts on Daily Performance (ODIP); Geriatric syndromes

^{*} Dentist, Professional Level, Department of Dentistry, Nongbualamphu Hospital

^a Corresponding author : Pimpaporn Kultangwattana Email : May_dent048@hotmail.com

Received: Feb. 7, 22; Revised: Mar. 9, 22; Accepted: Mar. 9, 22; Published Online: Mar. 28, 22

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดนิยามของสังคมผู้สูงอายุ คือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ประมาณจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 ไว้ประมาณ 12 ล้านคนและเพิ่มเป็นประมาณ 25 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 17.8 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2560 และมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 25.1 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2573^(2,3) จึงนับได้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นเนื่องจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ในรายงานแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุพบว่าผู้มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 53.9 เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ อัมพาต และหลอดเลือดในสมองตีบ แต่ถ้าหากมีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะพบเพิ่มเป็นร้อยละ 60.4⁽⁴⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังพบกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะหกล้มบ่อย สูญเสียความสามารถในการเดิน ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะทุพโภชนาการ และภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติการทางการแพทย์^(5,6) ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางช่องปากโดยการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าผู้สูงอายุ 60-74 ปีมีฟันธรรมชาติใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ร้อยละ 56.1 จำนวนคู่สบฟันหลังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คู่ร้อยละ 40.2 มีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 36.3 แต่เมื่อมีอายุ 80-85 ปีมีฟันธรรมชาติใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ลดลงเป็นร้อยละ 22.4 จำนวนคู่สบฟันหลังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คู่ลดลงเป็นร้อยละ 12.1 มีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 16.5 ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการกินอาหารร้อยละ 52.6 และมีปัญหาในการออกเสียงร้อยละ 12.6⁽⁷⁾ ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคม^(8,9)

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health Related Quality of Life : OHRQoL) เป็นแนวคิดในการขยายมุมมองในเรื่องสุขภาพช่องปากให้กว้างขึ้นกว่าเดิมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการเข้าสังคม สามารถประเมินได้หลายวิธี เช่น การใช้ดัชนี Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) การใช้ดัชนี Oral Health Impacts Profile-14 (OHIP-14)⁽¹⁰⁾ และการใช้ดัชนี Oral Impacts on Daily Life (OIDP)⁽¹¹⁾ หลายการศึกษาได้มีการนำคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาประเมินกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุใส่ฟันปลอม ผู้ป่วยเบาหวาน⁽¹²⁻¹⁴⁾ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนและดูแลยากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

โรงพยาบาลหนองบัวลำภูได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อตรวจและรักษาผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีกลุ่มอาการสูงอายุ มีโรคประจำตัวมากกว่า 5 โรค รับประทานยามากกว่า 10 ชนิด มีภาวะเปราะบาง โดยข้อมูลของคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มารับการตรวจทั้งหมด 904 ราย และตรวจพบว่ามีความผิดปกติในกลุ่มอาการสูงอายุจริง 453 ราย ซึ่งร้อยละ 73.06 พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 10.37 พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.50 พบภาวะหกล้มบ่อย ร้อยละ 5.07 พบภาวะทุพโภชนาการ และร้อยละ 3.97 พบภาวะกลืนปัสสาวะลำบากไม่ได้ ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการดูแลรักษาหลายมิติสุขภาพ

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross section analytic study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2564

เกณฑ์เข้าในการศึกษา คือผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ที่สามารถให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากและสามารถเข้าใจและตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์คัดออก คือผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ที่ไม่สามารถหรือไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากและไม่สามารถเข้าใจและตอบแบบสอบถาม

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยทำโดยทันตแพทย์ผู้วิจัยเพียงคนเดียว เพื่อสัมภาษณ์และตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก การสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะที่นำมาคลินิกผู้สูงอายุ ประเมินผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performance: ODIP) โดยแบบประเมินผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน ได้ผ่านการทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปเพื่อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นคำถามและการให้คะแนนในการประเมิน มีการป้องกันการลำเอียงในการให้คะแนนโดยสัมภาษณ์เป็นขั้นตอนแรกเพื่อไม่ให้ทราบภาวะสุขภาพช่องปาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performance : ODIP) ซึ่งมีการประเมินกิจกรรมต่างๆ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนทั้งหมด 8 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การพูดหรือออกเสียงชัด การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม การพักผ่อนนอนหลับ อารมณ์จิตใจ การยิ้มหัวเราะอดฟันโดยไม่อายใคร การทำงานบ้านทั่วไป และการกล้าเข้าสังคม โดยประเมินด้านความรุนแรงของแต่ละกิจกรรม คะแนน 0-5 (0=ไม่กระทบกระเทือน, 1=น้อยมาก, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=รุนแรง, 5=รุนแรงมาก) และประเมินความถี่ของผลกระทบแต่ละกิจกรรม คะแนน 1-5 จากนั้นนำคะแนนความรุนแรงคูณกับความถี่ของแต่ละกิจกรรม จะได้คะแนนปัญหาของแต่ละกิจกรรมซึ่งมีค่า 0-25 จากนั้นนำคะแนน 8 กิจกรรมมารวมกันแล้วทำเป็นร้อยละโดยการหารด้วยสอง

2. การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากในด้านต่างๆ คือจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ แล้วแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือจำนวนฟันเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ และจำนวนฟันเหลือมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ การตรวจหาสภาวะปริทันต์ ใช้ดัชนีปริทันต์ (Community Periodontal Index : CPI) ซึ่งมีคะแนนดังนี้ CPI 0=เหงือกมีสภาพปกติ; CPI 1=มีเลือดออกที่เหงือก; CPI 2=มีหินน้ำลาย; CPI 3=มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร; CPI 4=มีร่องลึกปริทันต์ ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร แล้วแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ไม่มีร่องลึกปริทันต์คือมี CPI 0-2 และกลุ่มที่มีร่องลึกปริทันต์คือมี CPI 3-4 การตรวจจำนวนคู่สบฟันหลัง ใช้เกณฑ์จำนวนคู่สบฟัน

หลัง ตามการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 72 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ และจำนวนคู่สบฟันหลังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คู่

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนามาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเป็นจำนวนร้อยละ และวิเคราะห์หาสหสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติ Spearman's correlation

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การศึกษานี้ได้รับความยินยอมให้ดำเนินการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ตามเอกสารการรับรองเลขที่ 08/2564 และได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการเปิดเผยให้ทราบถึงตัวตนกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยอิสระ

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่คลินิกโรคผู้สูงอายุมีจำนวน 256 ราย แต่เข้าเกณฑ์การศึกษา 245 ราย เป็นเพศชาย 132 ราย (ร้อยละ 53.9) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.9) พบอาการสมองเสื่อมมากที่สุด 132 ราย (ร้อยละ 53.9) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	132	53.9
หญิง	113	46.1
อายุ		
60-69 ปี	120	48.9
70-79 ปี	87	35.5
มากกว่า 80 ปี	38	15.5
กลุ่มอาการสูงอายุ		
ภาวะสมองเสื่อม	132	53.9
ภาวะซึมเศร้า	42	17.2
ภาวะหกล้มบ่อย	27	11.0
ภาวะทุพโภชนาการ	25	10.2
ภาวะกลืนปัสสาวะลำบาก	19	7.7

จำนวนฟันที่เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ 132 ราย (ร้อยละ 53.9) มีร่องลึกปริทันต์ 138 ราย (ร้อยละ 56.3) จำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ 133 ราย (ร้อยละ 54.3) (ตาราง 2)

ตาราง 2 สภาวะสุขภาพช่องปาก

สภาวะสุขภาพช่องปาก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่		
น้อยกว่า 20 ซี่	132	53.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่	113	46.1
สภาวะปริทันต์		
ไม่มีร่องลึกปริทันต์	107	43.7
มีร่องลึกปริทันต์	138	56.3
จำนวนคู่สบฟันหลัง		
จำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่	133	54.3
จำนวนคู่สบฟันหลังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คู่	112	45.7

คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ความถี่เฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการกิน 3.9 คะแนน ความรุนแรงเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการกิน 3.4 คะแนน (ตาราง 3)

ตาราง 3 คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ด้านต่างๆ

	กิน	พูด	รักษา ความ สะอาด	พักผ่อน	อารมณ์	ยิ้ม	ทำงาน	เข้า สังคม
ความถี่ (คน)								
0	1	64	129	163	49	18	117	10
1	0	39	40	29	46	5	36	2
2	20	68	46	37	69	49	46	74
3	68	41	12	6	51	67	27	80
4	69	21	15	9	19	66	17	51
5	87	12	3	1	11	40	2	28
ค่าเฉลี่ย								
คะแนน	3.9	1.8	1.0	0.6	1.9	3.1	1.8	2.9
ความถี่								

ตาราง 3 (ต่อ) คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ด้านต่างๆ

	กิน	พูด	รักษา ความ สะอาด	พักผ่อน	อารมณ์	ยิ้ม	ทำงาน	เข้า สังคม
ความรุนแรง								
(คน)								
0	1	64	128	163	49	18	117	10
1	6	106	89	72	106	46	75	61
2	63	44	21	9	63	102	35	111
3	49	10	4	0	13	32	9	37
4	71	10	1	1	7	25	6	16
5	55	11	1	0	7	22	3	10
ค่าเฉลี่ย								
คะแนนความรุนแรง	3.4	1.3	0.6	0.3	1.4	2.3	0.9	2.0
คะแนน ODIP	13.26	2.3	0.8	0.1	2.6	7.1	1.6	6.0

คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 75 คะแนน (เฉลี่ย 20.5 คะแนน) การกระจายความถี่ของคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ส่วนมากอยู่ที่ 25-50 เปอร์เซนต์ไทล์ (12.5-17.5 คะแนน) 66 ราย (ร้อยละ 27.1) (ตาราง 4)

ตาราง 4 การกระจายของคะแนนรวมผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP)

การกระจายความถี่ของคะแนน ผลกระทบสุขภาพช่องปาก ต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่า 25 เปอร์เซนต์ไทล์ (น้อยกว่า 12.5 คะแนน)	59	24.0
25-50 เปอร์เซนต์ไทล์ (12.5-17.5 คะแนน)	66	27.1
50-75 เปอร์เซนต์ไทล์ (17.5-25.5 คะแนน)	61	24.9
มากกว่า 75 เปอร์เซนต์ไทล์ (มากกว่า 25.5 คะแนน)	59	24.0

พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุและจำนวนคู่สบฟันหลังมีความสัมพันธ์กับคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปาก ต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) (ตาราง 5)

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไป และสภาวะสุขภาพช่องปาก กับคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปาก
ต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ที่มากกว่า 75 เปอร์เซนต์ไทล์

ลักษณะที่ศึกษา	Spearman's correlation	
	Rho	p-value
เพศ		
ชาย	-0.034	0.593
หญิง	0.046	0.473
อายุ		
60-69 ปี	-0.044	0.491
70-79 ปี	0.095	0.137
80 ปีขึ้นไป	0.046	0.473
กลุ่มอาการสูงอายุ		
ภาวะสมองเสื่อม	0.194	0.002*
ภาวะซึมเศร้า	0.350	0.322
ภาวะหกล้มบ่อย	0.322	0.322
ภาวะทุพโภชนาการ	0.321	<0.001*
ภาวะกลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้	0.331	<0.001*
สภาวะสุขภาพช่องปาก		
1. จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่	0.119	0.063
2. สภาวะปริทันต์ มีร่องลึกปริทันต์	0.101	0.116
3. จำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่	0.1719	0.007*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ จากการทดสอบ Spearman's correlation

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุพบมากในช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 48.9 โดยแตกต่างจากการศึกษาของ ฌักทร ชีรวัดน์⁽⁵⁾ ที่พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุจะพบมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษานี้ศึกษาผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่ได้ศึกษาในประชากรสูงอายุทั่วไป ดังนั้นผู้ที่ยังสูงอายุจึงอาจไม่สะดวกมาตรวจรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุ แต่อาการนำมาของกลุ่มอาการสูงอายุพบว่าส่วนมากคือภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 53.9 โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร⁽⁶⁾

สภาวะสุขภาพช่องปากจากการศึกษานี้พบว่ามีจำนวนฟันเหลือมากกว่า 20 ซี่ร้อยละ 46.1 มีคู่สบฟันหลังเหลือมากกว่า 4 คู่ร้อยละ 45.7 เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560⁽⁷⁾ พบร้อยละ 56.1 และร้อยละ 40.2 การศึกษาในผู้สูงอายุไทยของ สิริพร สาสกุล⁽⁹⁾ พบร้อยละ 61.1 และร้อยละ 50.6 การศึกษาของ กิตติคุณ บัวบาน⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในผู้สูงอายุพบ ร้อยละ 61.0 และร้อยละ 54.9 การศึกษากลุ่มผู้สูงอายุของ อนงค์ ผุดผ่อง⁽¹²⁾

พบร้อยละ 58.3 และร้อยละ 31 แสดงให้เห็นว่าสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุร่วมด้วยในการศึกษานี้มีสภาวะสุขภาพช่องปากใกล้เคียงกับสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุทั่วไป

คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) การศึกษานี้พบว่า ปัญหาด้านการกิน มีคะแนนเฉลี่ยความถี่และความรุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือด้านการยิ้ม สอดคล้องกับผู้สูงอายุติดบ้านที่ศึกษาโดย สุเทียน แก้วมะคำ⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุของ อนงค์ ผุดผ่อง⁽¹²⁾ การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการกินและยิ้มเหมือนกัน เกิดจากจำนวนฟันที่เหลือและคู่สบฟันหลังที่เหลืออยู่ใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกินและยิ้ม

คะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) การศึกษานี้พบว่า คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน มากที่สุด 75 คะแนน และมีคะแนนโดยเฉลี่ย 20.5 แต่ถ้าดูการกระจายคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) จะพบการกระจายของคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์น้อยกว่า 25 (น้อยกว่า 12.5 คะแนน) พบร้อยละ 24.0 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-50 (12.5-17.5 คะแนน) พบร้อยละ 27.1 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50-75 (17.5-22.5) พบร้อยละ 24.9 และเปอร์เซ็นต์ไทล์มากกว่า 75 (มากกว่า 22.5 คะแนน) พบร้อยละ 24.0 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุของ อนงค์ ผุดผ่อง⁽¹²⁾ ที่พบการกระจายคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ร้อยละ 53.7 ไม่มีปัญหา ร้อยละ 22.2 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 0-50 ร้อยละ 13.4 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50-75 และร้อยละ 10.7 เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่มากกว่า 75 แสดงให้เห็นว่าในการศึกษานี้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุร่วมด้วยจะมีการกระจายปัญหาคุณภาพในมิติสุขภาพช่องปากในระดับน้อยจนรุนแรงมากใกล้เคียงกันทุกกลุ่ม แต่ในผู้สูงอายุทั่วไปจะไม่มีปัญหาคุณภาพในมิติสุขภาพช่องปากเป็นส่วนใหญ่ และมีการกระจายปัญหาคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ที่แตกต่างกันมากในแต่ละกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์ดูจะพบว่าทั้งการศึกษานี้เทียบกับของ อนงค์ ผุดผ่อง มีร้อยละจำนวนฟันที่เหลือและจำนวนคู่สบฟันใกล้เคียงกัน แต่การศึกษานี้มีจำนวนผู้มีปัญหาคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) มากกว่าชัดเจน แสดงว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุร่วมด้วยมีความใส่ใจและกังวลในปัญหาคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคที่เป็นในกลุ่มอาการสูงอายุและจำนวนคู่สบฟันกับคะแนนผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน (ODIP) ที่มากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ไทล์ โดยสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุไทยของ สิริพร สาสกุล⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับผู้สูงอายุติดบ้านที่ศึกษาโดย สุเทียน แก้วมะคำ⁽¹¹⁾

สรุปผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุมีสภาวะช่องปากใกล้เคียงกับกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป แต่มีปัญหาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่รุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ มีปัญหาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่รุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ดังนั้นในโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุจึงควรมีการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สามารถพบปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างรวดเร็ว และแก้ไขได้ทันเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population prospects: the 2015 revision, key findings and advance table. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division; 2015.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานประชากรสูงอายุปี 2533-2583 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2560 กรกฎาคม 7]. เข้าถึงได้จาก:
http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=1209&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=27
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. มิเตอร์ประเทศไทย Thailandometers [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2560 มิ.ย. 8]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/>
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข; 2558.
5. ณภัทร จิรวัดน์, ศุภนิดา คำนิม, วงศธร เทียบรัตน์, ปณิดา ลิ้มปะวัฒนะ. กลุ่มอาการสูงอายุคืออะไร? วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;1:23-4.
6. ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ดุจดารณนา พิศาลสารกิจ, เพ็ญศรี เขาว์พานิชย์, ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์, สุทิศา ปิติญาณ, และคณะ. ความสุขของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(3):20-9.
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2561:14-21.
8. สถาพร จันทน์. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2551;13(3):61-5.
9. สิริพร สาสกุล, สุวัฒน์ ตันยะ, พัชรารรณ ศรีศิลป์นันท์. คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากกับจำนวนฟันที่เหลือในช่องปากของผู้สูงอายุไทยในชนบทภาคเหนือ. วารสารพจนานิตยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2563;20(1)
10. กิตติคุณ บัวบาน. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. วารสารพจนานิตยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2560;16:45-56.

11. สุเทียน แก้วมะคำ, อารีย์ แก้วมะคำ. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอ
เชียงของ จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2561;10(1):37-46.
12. อนงค์ ผุดผ่อง. ผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอคอนสาร จังหวัด
ชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2014;34(2):49-58.
13. ศศิกร นาคมณี. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมพระราชทาน
โรงพยาบาลบางปะกง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.
2561;35(1):30-9.
14. เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์,จิราพร เขียวอยู่,วิลาวัลย์ วีระอาชากุล.คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของ
ผู้ป่วยเบาหวาน:กรณีศึกษาในเขต อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. ศรีนครินทร์เวชสาร.
2014;29(4):339-44.

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเอง ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

กรกนก ตระกูลการ, พย.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงและสุ่มอย่างง่าย แบ่งเข้ากลุ่มๆ ละ 15 คน โดยใช้ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเอง ประเมินผลโดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้อย่างยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้อย่างยาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการใช้อย่างยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง (Mean=75.93, SD=4.49) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean=38.06, SD=4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Mean df=39.33, 95% CI=36.46–42.19) และ 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้อย่างยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า (Mean=75.93, SD=4.49) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Mean=36.60, SD=3.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Mean df=39.33, 95% CI=36.46–42.19) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทชุมชนได้

คำสำคัญ : สุขภาพจิตศึกษา; ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา; ผู้ป่วยจิตเภท; การจัดการตนเอง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^a Corresponding author กรกนก ตระกูลการ Email : Dararat2504boon@gmail.com

รับบทความ: 10 ก.พ. 65; รับบทความแก้ไข: 12 มี.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 12 มี.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 25 เม.ย. 65

Effects of Psycho-education and Self-management Program on Medication Adherence among Individual with Schizophrenic in Thawat Buri Community, Roi et Province

Kornkanok Trakunkarn, MSN^{*a}

Abstract

This quasi-experimental research with two-group pretest and posttest design aimed to evaluate the effects of a psycho-education program and self-management on medication adherence among individuals with schizophrenia in the community. Purposive sampling was used to recruit participants, who were then divided into two groups by time series, with 15 people per group. The comparison group received routine nursing care while the experimental group received psycho-education and a self-management program. Comparisons between means was measured for medication adherence among individuals with schizophrenia between the experimental group and the control group and the results showed the following : 1) there was a significant increase in the medication co-operation of schizophrenic patients' mean scores (Mean=75.93, SD=4.49) after receiving the psycho-education program (p.001, Mean df = 37.87, 95% CI=34.23–41.50); and 2) independent t-test used to compare differences in medication co-operation of schizophrenic patients mean scores between the two groups showed that the experimental group that participated in the psycho-education program had a higher mean score (Mean=75.93, SD=4.49) than those from the control group who received regular services (Mean=36.60, SD=3.02). It was also found that there was a significant difference between the two scores at p=0.05 (p=001, Mean df=39.33, 95% CI=36.46–42.19).

In conclusion, psycho-education program can be utilized as a model for promoting medication adherence in the schizophrenic population.

Keywords : Psycho-education program; Medication adherence among individuals;
Schizophrenia; Self-management

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

^a Corresponding author : Kornkanok Trakunkarn Email : Dararat2504boon@gmail.com

Received: Feb. 10, 22; Revised: Mar. 12, 22; Accepted: Mar. 12, 22; Published Online: Apr. 25, 22

บทนำ

การให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นประเด็นท้าทายสำหรับการรักษาด้านจิตเวช ซึ่งถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาด้านจิตเวช และการรักษาด้านจิตเวช⁽¹⁾ ส่งผลกระทบทั้งครอบครัวและผู้ป่วย การได้รับยาไม่ต่อเนื่องส่งผลให้กลับเข้ามา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น⁽²⁾ ส่วนครอบครัวต้องมียาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น⁽³⁾ โรงพยาบาลชุมชนธวัชบุรี มีสถิติผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาคือต่อเนื่อง จำนวน 263 ราย ปีงบประมาณ 2563 มีอัตรากลับมารักษา ร้อยละ 14.90⁽⁴⁾ จากการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้าน ไม่ได้กินยาตามแผนการรักษา ดูแลตัวเองไม่เหมาะสม มีปัญหา การสื่อสารกับคนในครอบครัว มีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วย จิตเภททั้งหมด หลังการรักษาต่อเนื่องหลัง 18 สัปดาห์ผ่านไป มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น ที่สามารถ กินยาครบถ้วน⁽⁵⁾

การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยทางจิต สร้างทักษะ การจัดการกับปัญหาให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยผลจากการให้สุขภาพจิตศึกษานั้น เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและช่วยลดความเครียด เมื่อพิจารณาองค์ประกอบหลัก ของการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของวิลเลียม (William Glasser)⁽⁶⁾ เป็นวิธีให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา การยอมรับและสามารถจัดการอาการและเผชิญปัญหา ทางสุขภาพจิตได้ ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยให้มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนอารมณ์ และความรู้สึกระหว่างสมาชิก ในครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ และความมีคุณค่าในผู้ดูแล 2) การสนับสนุนการให้ความรู้ และข้อมูล ข่าวสาร เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทและการรักษา 3) การสนับสนุน ด้านการสอนและพัฒนาทักษะ โดยการสร้างทักษะในการดูแลตนเองหรือปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารกับบุคคลอื่น ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการ กับภาวะวิกฤตทางอารมณ์และการจัดการความเครียด และ 4) การสนับสนุนสิ่งของและแหล่งให้บริการ สุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการบำบัดที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา มีแนวคิดที่หลากหลาย อาทิ แนวคิดของฟอลลูน (Falloon)⁽⁷⁾ ช่วยพัฒนาครอบครัวให้มีทักษะในการสื่อสาร และทักษะการจัดการแก้ปัญหา มุ่งให้ความรู้ด้านจิตสังคม เน้นการลดความเครียดในครอบครัว ส่วนแนวคิด สุขภาพจิตศึกษาของแครอล เอ็ม แอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson CM et.al)⁽⁸⁾ มุ่งเน้นสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษา แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาร่วมใช้ ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มากขึ้น

การจัดการตนเอง หมายถึงกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เหมือนกันและแตกต่างกันระหว่างความรู้ ของผู้ป่วยและความรู้การจัดการตนเอง ความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง และประสิทธิผลของการฝึก ปฏิบัติการจัดการตนเอง การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและกำลังอยู่

ในระหว่างการรักษา การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรังตามแนวคิดของลอริก และฮอลแมน (Lorig R & Holman H)⁽⁹⁾ หรืออาจเป็นการฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับครอบครัวกับอนาคต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า⁽¹⁰⁾ เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศและส่วนใหญ่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน⁽¹¹⁾ แต่ยังมีการศึกษาในกลุ่มโรคทางจิตเวชค่อนข้างน้อย

ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของแครอล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความเหมาะสมกับคลินิกจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลธวัชบุรี ซึ่งมีการนัดผู้ป่วยจำนวนน้อยไม่เกิน 30 คน โดยการให้ความรู้และการบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและเผชิญความเครียดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

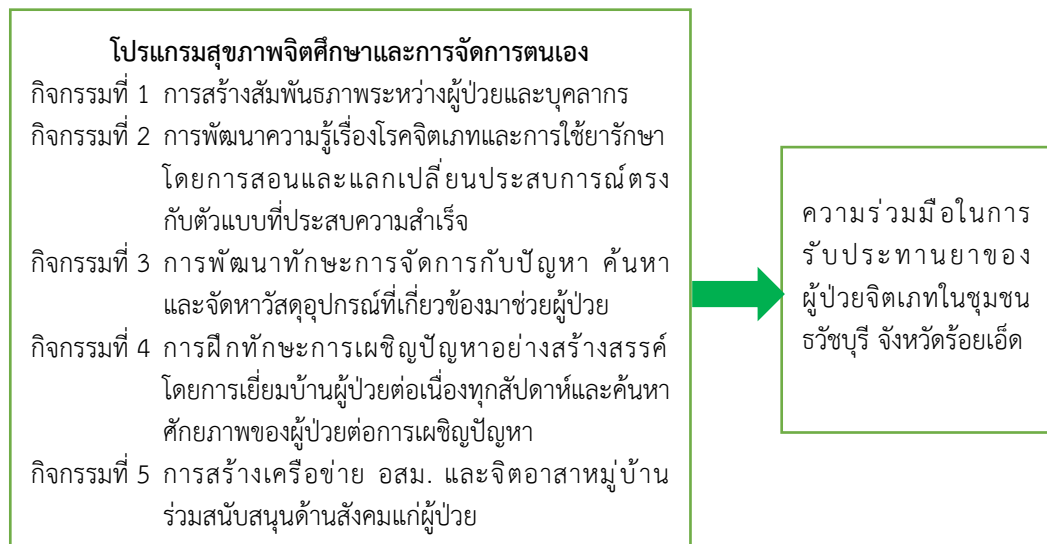
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแครอล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson CM. et.al.)⁽⁸⁾ ผสมผสานกับแนวคิดการจัดการตนเอง มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน: ธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาแครอล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ⁽⁸⁾ มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การพัฒนาความรู้ 3) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม ส่วนแนวคิดการจัดการตนเองมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ การลงมือปฏิบัติและการปรับทักษะการปฏิบัติให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแครอล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง ของ ลอริกและโฮลแมน (Lorig KR & Holman H)⁽⁹⁾ โดยจัดทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเอง

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความร่วมมือต่อการรักษาด้วยยา ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรให้มีความคุ้นเคยและเกิดการให้ความร่วมมือรวมทั้งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความรู้ของผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท อาการและวิธีการรักษา การรับประทานยาและแหล่งสนับสนุน โดยเน้นที่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงกับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง การชักจูงด้วยคำพูด การพูดถึงความสำเร็จที่กระทำได้ พร้อมทั้งมีการเสริมแรงทางบวก และสอนวิธีการประเมินและติดตามผลในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและเปิดโอกาสให้สามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาและให้คำปรึกษาแบบใกล้ชิดแก่ผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการลืมรับประทานหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมค้นหาสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาการกิน รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุน เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้กระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาตามเวลา เอื้ออำนวยความสะดวกในการมาตรวจตามนัดและในช่วงการให้บริการผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสสายพันธุ์ (COVID-19) ได้มีการจัดให้บริการผู้ป่วยแบบ New normal โดยการรับยาต่อเนื่องด้วยระบบการลงทะเบียนนัดรับยาที่บ้านและการจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์จะช่วยให้มีการค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยต่อการเผชิญปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการจัดการบทบาทตนเองและการจัดการอารมณ์ให้มีความเหมาะสมสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นได้ กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน เช่น เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจิตอาสาพัฒนาหมู่บ้าน อันจะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาได้เหมาะสม ตามกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest and posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

ประชากร ได้มาจากผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยและจำนวนของกลุ่มประชากรทั้งหมดรวมชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์จำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ามารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลธวัชบุรี อำเภोधวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรซึ่งจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย ร่วมกับการใช้วิธีเจาะจงคุณสมบัติ (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-50 ปี 2) คะแนนประเมินอาการทางจิตในระดับน้อยกว่า 30 คะแนน 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 4) ไม่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 5) ไม่มีประวัติขาดการตรวจตามนัด 6) ไม่มีอาการกำเริบของโรค และ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย นอกจากนี้ยังป้องกันตัวแปรกวนที่อาจมีผลต่อตัวแปรตามโดยใช้เกณฑ์การจับคู่ (Match pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประวัติกำเริบของโรค และค่าคะแนนอาการทางจิต BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ Power analysis ของโคเฮน (Cohen) โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของสุมิศา กุมลา โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นิลจันทร์ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.2 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power⁽¹²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 30 ราย ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากรายชื่อทะเบียนเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจนกระทั่งครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มร่วมกับการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของแครอล เอ็ม แอนเดอร์สัน⁽⁸⁾ และลอริกและฮอตแมน⁽⁹⁾ โดยกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมการสร้างความร่วมมือด้วยยา โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆ ละ จำนวน 7-8 คน ทำกิจกรรมต่อเนื่องจำนวน 8 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยารักษา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และกิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์แต่ละหัวข้อ มีค่า IOC ระหว่าง 0.8 -1.0 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตของ Overall & Gorham⁽¹³⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธนา กิตติรัตนไพบูลย์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่าตั้งแต่ 1-7 คะแนน ตั้งแต่ ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผล ดังนี้ คะแนน 18-36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง และเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 10 คน โดยนำผลคะแนนอาการทางจิตมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาร์คได้ค่าความเที่ยงในระดับ 0.84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และประวัติการเจ็บของโรค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของฟาร์ราเกอร์ (Farragher)⁽¹⁴⁾ พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ ใช้กับผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยง 0.83 ครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติตามเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ และความสามารถในการสังเกต การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณหาความเชื่อมั่น แล้วนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้วางแผนการนัดหมายผู้ป่วยพบแพทย์และรับยาตามนัด โดยใช้การนัดหมายกลุ่มทดลองมาเข้ากลุ่มในวันจันทร์และอังคาร และกลุ่มควบคุมเข้ากลุ่มในวันพฤหัสบดี โดยดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง การวิจัยนี้ดำเนินการทดลองแบบรายกลุ่ม โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คนแบ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 7-8 คน เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงติดต่อกัน กำหนดการจัดกิจกรรมในช่วงเช้าเวลา 10.00-12.00 น. ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะและให้ผู้ป่วยประเมินแบบทดสอบคะแนนทางจิตซึ่งมีค่าน้อยกว่า 30 หลังจากนั้นจึงให้ทำแบบประเมินความร่วมมือการใช้ยาก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองเป็นรายกลุ่ม ในช่วงระยะเวลานัดต่อเนื่อง 3 เดือน โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง รวมจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ครั้งละ 30-40 นาที ผู้วิจัยจะจับคู่ความเหมือนในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการกำเริบของโรค การอาศัยกับผู้ดูแล และค่าคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่า 30 คะแนน เข้าร่วมการวิจัยและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษา ทั้ง 5 กิจกรรม รวม 8 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและพัฒนาไปสู่การให้ความไว้วางใจ ทุกคนแนะนำตนเอง ปฐมนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นจึงกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ (Education) เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยารักษา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-3 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ โดยจะเน้นการสนทนากลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ที่ตรงกันเกี่ยวกับ ความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และแนวทางการป้องกันการกำเริบของโรค โดยการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์ของแต่ละคนเกี่ยวกับประสบการณ์ของโรค กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้เกิดความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem solving skills) การกำหนดปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นทุกด้าน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4-5 ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดปัญหาจากการใช้ยา รวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการลืมรับประทานหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหากลุ่มกัน รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุนหรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องมาช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาลึกลับยาก เช่น ปฏิทินกระตุ้นเตือนการลืมกินยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย การใช้อ่านวอยความสะดวกในการมาตรวจตามนัดหรือการรับยาต่อเนื่องด้วยระบบการลงทะเบียนนัดรับยาที่บ้านและการจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Coping skills) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6-7 เป็นการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ พร้อมทั้งการให้โอกาสผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ ใส่ใจ และดูแลตนเอง และให้การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม (Social supports) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 เป็นส่วนที่มีความจำเป็น เพราะการขาดแหล่งสนับสนุนด้านสังคมหรือการความช่วยเหลือทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือกลับมารักษาซ้ำได้ ระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะสอบถามความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม ตลอดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทั้ง 8 สัปดาห์ รวมทั้งมีการชื่นชมและให้กำลังใจและเน้นย้ำให้สมาชิกทบทวนความรู้ และฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ผู้วิจัยร่วมกับ อสม.ในชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน นำยาไปส่งให้ผู้ป่วยและประสานงานผู้เกี่ยวข้องในชุมชน จัดให้ผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่งของกลุ่มจิตอาสาพัฒนาหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน อันจะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการพัฒนาตนเองในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้เหมาะสม

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วย ประเมินแบบทดสอบคะแนนทางจิต ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 30 หลังจากนั้นจึงให้ทำแบบประเมินความร่วมมือ การใช้อาหารก่อนทดลองและให้การพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมการพยาบาลทั่วไป การตรวจสัญญาณชีพ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และ/หรือมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วงระยะเวลาติดต่อเนื่อง 3 เดือน ผู้ป่วยมาตามนัดจำนวน 8 ครั้ง ในครั้งสุดท้ายของการมาตรวจตามนัดผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบประเมิน ความร่วมมือการใช้อาหารหลังการทดลองอีกครั้งเพื่อเก็บเป็นข้อมูลหลังการทดลอง และหลังจากการทดลอง สิ้นสุด กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนธวัชบุรี :จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษยมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 022/2563 กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ก่อนเข้าร่วมโครงการ และจะได้รับการลงนามให้ความยินยอมในเอกสาร หลังจากกลุ่มตัวอย่าง ให้ความสมัครใจจึงจะเข้าร่วมโปรแกรม และผู้วิจัยเริ่มต้นการดำเนินการตามกระบวนการทั้งวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่ออย่างไม่มีเงื่อนไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในรูปแบบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและมัธยฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยโดยใช้สถิติไคสแควส์ การใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยชนิดทดสอบค่าที (t-test) และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Independent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ด้วยสถิติทีชนิดอิสระ ต่อกัน (Dependent t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ ($p>0.05$)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.34 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 46.67 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 มีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 5-10 ปี ร้อยละ 80.00 เคยมีประวัติอาการกำเริบ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 80.00

กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.34 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 53.34 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.34 มีรายได้ไม่แน่นอน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 5-10 ปี ร้อยละ 80.00 เคยมีประวัติอาการกำเริบ 1-2 ครั้ง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนก่อนทดลอง (Mean=37.00, SD=2.65) และหลังทดลอง (Mean=36.60, SD=3.02) ไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่าหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนน (Mean=75.93, SD=4.49) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean=38.06, SD=4.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.001$ (Mean $df=37.87$, 95% CI=34.23 to 41.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนธวัชบุรีจังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนและหลังให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1=15$, $n_2=15$)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	Mean	SD	(Mean df)	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	38.06	4.11	37.87	34.23–41.50	<0.001 *
หลังทดลอง	75.93	4.49			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	37.00	2.65	0.40	-1.02–0.22	0.189
หลังทดลอง	36.00	3.02			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Mean $df=1.06$, 95% CI=-1.52–3.65, $p=0.405$) แต่หลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง (Mean=75.93, SD=4.49) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=36.60, SD=3.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ (Mean $df=39.33$, 95% CI=36.46–42.19) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทชุมชนธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1=15$, $n_2=15$)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	Mean	SD	(Mean df.)	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	38.06	4.11	1.06	-1.52 to 3.65	0.405
กลุ่มควบคุม	37.00	2.65			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	75.93	4.49	39.33	36.46 to 42.19	<.001*
กลุ่มควบคุม	36.60	3.02			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแตกต่างจากก่อนดำเนินโปรแกรมฯ และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยหลังทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมฯ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าผลการทดลองดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นโดยผสมผสานระหว่างแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาและแนวคิดการจัดการตนเอง มีประสิทธิภาพในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ และได้ผ่านการจัดการเรียนรู้ครบ 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและพัฒนาไปสู่การให้ความไว้วางใจ ทุกคนแนะนำตนเอง ปฐมนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นจึงกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ (education) เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยารักษา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-3 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ โดยจะเน้นการสนทนากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ที่ตรงกันเกี่ยวกับ ความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแสดง การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และแนวทางการป้องกันการกำเริบของโรค โดยการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์ของแต่ละคนเกี่ยวกับประสบการณ์ของโรค กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ สร้างแรงจูงใจให้เกิดความสำเร็จ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) การกำหนดปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นทุกด้าน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4-5 ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดปัญหาจากการใช้ยา รวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการลืมรับประทานหรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหากลุ่ม การกินยา รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุนหรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องมาช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา ลืมกินยา เช่น ปฏิทินกระตุ้นเตือนการลืมกินยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย การเอื้ออำนวยความสะดวกในการมาตรวจตามนัดหรือการรับยาต่อเนื่องด้วยระบบการลงทะเบียนนัดรับยาที่บ้านและการจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม.ประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Coping skills) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6-7 เป็นการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ พร้อมทั้งการให้โอกาสผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ ใส่ใจและดูแลตนเอง และให้การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และ กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม (Social supports) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 เป็นส่วนที่มีความจำเป็น เพราะการขาดแหล่งสนับสนุนด้านสังคม หรือการความช่วยเหลือทางสังคมมีส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบหรือกลับมารักษาซ้ำได้ ระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะสอบถามความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม ตลอดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาทั้ง 8 สัปดาห์ รวมทั้งมีการชื่นชมและให้กำลังใจและเน้นย้ำให้สมาชิกทบทวนความรู้ และฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ผู้วิจัยร่วมกับ อสม.ในชุมชน และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และประสานงานผู้เกี่ยวข้องในชุมชน จัดให้ผู้ป่วยได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจิตอาสาพัฒนาหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน อันจะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการพัฒนาตนเองในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้เหมาะสม สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จโดยมีการทดลองนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทในการวางแผนปรับพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในกระบวนการเยี่ยมบ้านพบว่าได้ผลที่ดีต่อผู้ป่วย⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับสุมิศา กุมลา และคณะ พบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับณัฐพัชระ สุนทรโกวิท และคณะ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อพฤติกรรมสุขภาพทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูงขึ้น⁽¹⁷⁾ ณิชากัทร มณีพันธ์ และคณะ พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลได้⁽¹⁸⁾ และอนิมา จันทรแสน และคณะ พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวลดความรุนแรงของอาการทางจิตได้⁽¹⁹⁾ อินทกานต์ สุวรรณและคณะ พบว่า ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้มีการติดตามต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ ซึ่งใช้เป็นแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้เป็นอย่างดี แต่อาจพัฒนาต่อให้นานถึง 24 สัปดาห์ เพื่อให้มีประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากร โรงพยาบาลวชิรบุรีและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013 Aug;3(4):200-18. doi: 10.1177/2045125312474019.
2. Shao WC, Chen H, Chang YF, Lin WC, Lin EC. [The relationship between medication adherence and rehospitalization: a prospective study of schizophrenia patients discharged from psychiatric acute wards]. *Hu Li Za Zhi*. 2013 Oct;60(5):31-40. Chinese. doi: 10.6224/JN.60.5.31.
3. Writers M. Following the six principles developed by the STAY initiative may improve treatment adherence in patients with schizophrenia. *Drug & Therapy Perspective* 2013;29(9), 287-90.
4. สำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2563. เอกสารเสนอต่อที่ประชุมประจำปีงบประมาณสำนักงานสาธารณสุขร้อยเอ็ด. มปท; 2563
5. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry*. 2012 Oct 22;2(5):74-82. doi: 10.5498/wjp.v2.i5.74.
6. Williams CA. Patient education for people with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 1989;25(2):14-21. doi: 10.1111/j.1744-6163.1989.tb00298.x.
7. Roncone R, Mazza M, Ussorio D, Pollice R, Falloon IR, Morosini P, Casacchia M. The questionnaire of family functioning: a preliminary validation of a standardized instrument to evaluate psychoeducational family treatments. *Community Ment Health J*. 2007 Dec;43(6):591-607. doi: 10.1007/s10597-007-9093-8.
8. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Schizophrenic and the family: A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management. New York: Guilford Press; 1986.
9. Lorig, KR, Holman H. Self-management Education: History, definition, outcome, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003; 26(1): 1-7.
10. Redman BK. Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2004.
11. รัชชัย สัตยสมบูรณ์, ยวนุช สัตยสมบูรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2563; 7(2): 232-43.
12. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

13. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports; 1962.
14. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. Irish Medical Journal. 1999; 92(6): 392-94.
15. อุมารณ กาลังดี, ภาวนา บุญมุสิก, อัจริยา วัชรวิวัฒน์. การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(ฉบับพิเศษ): S1-S18.
16. สุมิตา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นันทจันทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 34(2): 132-52.
17. ญัตถพัชร สุนทโรวิทย์, อัญชลี วิจิตรปัญญา, ปาณิสรา อินทร์กันทุม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 34(2): 153-68.
18. นิชาภัทร มณีพันธ์, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2559; 30(3): 80-91.
19. อณิมา จันทรแสน, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล. ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562; 33(3): 103-15.
20. อินทุกานต์ สุวรรณ, สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563; 34(1): 152-62.

บทความวิชาการ

โยคะเพื่อสุขภาวะจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์

เยาวเรศ สมทรัพย์^{*า}

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์เป็นความมหัศจรรย์ตามธรรมชาติ ที่ทำให้สตรีมีโอกาสสัมผัสถึงมิติจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตสตรีตั้งครรภ์ให้มีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณจึงเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนกว่าการดูแลสุขภาพร่างกาย จิต และอารมณ์ เนื่องจากช่วงตั้งครรภ์สตรีมีการเปลี่ยนแปลงทุกระบบของร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลของชีวิต ต้องประสบกับความทุกข์ หรือความไม่สุขสบายทั้งกาย ใจ และอารมณ์ ที่อาจกระทบถึงจิตวิญญาณได้ โยคะเข้ามาช่วยเติมเต็มการดูแลสุขภาพจิตวิญญาณ เนื่องจากช่วยสตรีตั้งครรภ์เข้มแข็งก้าวข้ามทุกความยากลำบาก รวมทั้งเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจความหมายและคุณค่าของชีวิต ชัดเจนในบทบาทแม่ผู้ให้กำเนิดชีวิตใหม่ และมีความมั่นใจในการเลี้ยงดูลูก โดยโยคะสอนสตรีตั้งครรภ์ให้ทบทวนและประเมินตนเองจนเข้าใจอย่างลุ่มลึก ฝึกปฏิบัติตามแนวทางโยคะ ด้วยการมีทัศนคติทางบวก ปฏิบัติอาสนะเพื่อสร้างความยืดหยุ่นจนแข็งแรงทั้งกายและใจ เพิ่มพลังชีวิตด้วยการฝึกควบคุมลมหายใจ การผ่อนคลาย และการพัฒนาจิต

บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอแนวคิดของจิตวิญญาณ โยคะสูตร ชีวิตและองค์ประกอบชีวิตตามความเชื่อของโยคะ การดูแลสุขภาพจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ และปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการนำโยคะมาพัฒนาสุขภาวะจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดสตรีตั้งครรภ์มีอิทธิพลในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้พัฒนาจิตวิญญาณ ควรสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ฝึกโยคะ เพื่อช่วยสตรีตั้งครรภ์บรรลุสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : โยคะ; สุขภาวะจิตวิญญาณ; สตรีตั้งครรภ์

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ

^า Corresponding author เยาวเรศ สมทรัพย์ Email : ysomsap@gmail.com

รับบทความ: 15 มี.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 14 เม.ย. 65; ตอปรับตีพิมพ์: 14 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 4 พ.ค. 65

Review Article

Yoga for Spiritual Wellness of Pregnant Women

Yaowares Somsap^{*a}

Abstract

Pregnancy is the natural miracle that makes the pregnant women feel in depth of spiritual wellness. So, the management of pregnant women to gain the spiritual wellness is important as well as the body, mind, and mood. During pregnancy, there is the systemic change of the body that makes life imbalance and suffer or uncomfortable of the body, mind, and mood that impacts on the spiritual wellness. Yoga may fulfill the spiritual wellness that makes pregnant women to strengthen overcoming difficulty and gain self-awareness, know the meaning and value of life, the mother's role, and confidence of parenting. Yoga teaches pregnant women to consider and self-evaluate to the esteem understanding while practicing yoga with positive attitudes. Asana also makes the flexibility to the body and mind; empowerment by controlling breathing and mental development.

The objective of this article is to introduce the concept of spirituality, Yoga sutra, life, and life elements in Yoga beliefs. The spiritual wellness of pregnant women by Yoga, and also the concerned factors to bring Yoga to develop the spiritual wellness of pregnant women. The midwives closely observe pregnant women, have influences in developing pregnant women's spirituality, and encourage pregnant women to practice Yoga, and fulfill the spiritual wellness.

Keywords : Yoga; Spiritual wellness; Pregnant women

* Associate Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

^a Corresponding author : Yaowares Somsap Email : ysomsap@gmail.com

Received: Mar. 15, 22; Revised: Apr. 14, 22; Accepted: Apr. 14, 22; Published Online: May 4, 22

บทนำ

การตั้งครรรค์เป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของสตรีทั้งทางกาย จิต และสังคม⁽¹⁾ เป็นเวลาที่สตรีมีโอกาสดำรงอยู่ด้วยตัวเอง และสัมผัสชีวิตที่ลึกลงไปจนถึงระดับจิตวิญญาณ⁽²⁾ ด้วยไม่มีเหตุการณ์ทางจิตวิญญาณใด จะยิ่งใหญ่และเชื่อมโยงถึงความเป็นมนุษย์ได้เท่ากับการให้กำเนิดชีวิตใหม่ แต่ปัจจุบันผู้คนรวมทั้งทีมสุขภาพส่วนใหญ่ยังมีมุมมองต่อการตั้งครรรค์และการคลอด เป็นเพียงประเด็นทางสรีรวิทยาเท่านั้น จึงเน้นการดูแลร่างกายเป็นหลัก จนอาจหลงลืมมิติจิตวิญญาณอันเป็นแก่นของชีวิต⁽³⁾ และเป็นองค์ประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพ⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามยังมีผู้คนบางกลุ่ม รวมถึงชาวตะวันตกที่เชื่อว่า การตั้งครรรค์ช่วยให้สตรีได้เติบโตทางจิตวิญญาณ⁽⁵⁾ เพราะความไม่สุขสบายกายและใจที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรรค์ ล้วนเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ ไม่ว่าจะเป็นอาการแพ้ท้อง ท้องอืด แสบยอดอก ผิวน้ำยืดขยาย หน้าเป็นผ้า ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดเอว ความกลัว ความกังวล ความเครียด และภาวะผิดปกติอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่ตั้งครรรค์ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน⁽¹⁾

การก้าวข้ามความทุกข์ที่เกิดขึ้นตลอดการตั้งครรรค์ ทำให้สตรีตั้งครรรค์จำเป็นต้องดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเข้มข้น จนกระทั่งเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เนื่องจากจิตวิญญาณมีผลต่อสตรีตั้งครรรค์ทางบวกใน 6 ด้าน คือ 1) เป็นแนวทางและคำจูงชีวิต 2) เป็นสิ่งคอยปกป้อง ค้ำครอง ให้พร และเป็นเสมือนรางวัลชีวิต 3) เป็นสิ่งที่ทำให้ได้สื่อสารกับพระเจ้า 4) เป็นสิ่งที่ทำให้เข้มแข็งและให้ความมั่นใจ 5) ช่วยให้ตัดสินใจได้เมื่อต้องเลือกบางอย่างในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม และ 6) มีผลต่อชีวิตในทางบวก⁽⁶⁾ ซึ่งการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทำได้ด้วยการส่งเสริมให้ชีวิตสตรีตั้งครรรค์มีความสมดุลและเป็นปกติที่สุด มีความเข้าใจเป้าหมายแท้จริงของชีวิต พัฒนาจิตให้สงบ มีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อและศรัทธา ฝึกการคิดทางบวกและการให้อภัย เพื่อให้เกิดทั้งปัญญา ความรัก และความเมตตา อันบริสุทธิ์ครั้งยิ่งใหญ่ต่อลูก ซึ่งโยคะเป็นศาสตร์เพื่อชีวิต มาจากภูมิปัญญาของชาวอินเดีย สามารถช่วยดูแลสตรีตั้งครรรค์ให้เกิดสุขภาวะด้านจิตวิญญาณได้ โดยผ่านกระบวนการ และวิธีการในแนวทางของโยคะสูตร⁽⁷⁻⁸⁾

การนำโยคะสูตรมาดูแลสตรีตั้งครรรค์ให้มีสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ สตรีต้องเข้าใจแนวคิดของภาวะสุขภาพตามมุมมองของโยคะเป็นเบื้องต้นก่อน เพื่อจะปฏิบัติตามแนวทางโยคะสูตร จนเกิดความสมดุลของชีวิตทุกด้าน ส่งผลต่อไปยังสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นบทความนี้ จะกล่าวถึงแนวคิดจิตวิญญาณ แนวคิดของโยคะ แนวคิดชีวิตและองค์ประกอบชีวิตตามความเชื่อของโยคะ การดูแลจิตวิญญาณสตรีตั้งครรรค์ด้วยโยคะ และปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการนำโยคะมาพัฒนาสุขภาวะจิตวิญญาณสตรีตั้งครรรค์

แนวคิดของจิตวิญญาณ

ความหมาย จิตวิญญาณ มาจากรากศัพท์ภาษาละติน คือ Spiritualitas⁽⁹⁾ หรือจากคำกริยา คือ spirare ที่หมายถึง การหายใจ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นจิตวิญญาณจึงเปรียบได้ดั่งลมหายใจ ซึ่งเป็นชุมพลของชีวิต ที่แม้ว่าจะมองไม่เห็น จับต้องไม่ได้ แต่รับรู้ว่ามีลมหายใจนั้นมียุและสำคัญมากที่สุด เนื่องจากหากชีวิตปราศจากลมหายใจ ย่อมเท่ากับการสิ้นสุดชีวิต

แนวคิดของโยคะ

โยคะเป็นหลักปรัชญาสากล ถูกนำไปปฏิบัติในผู้คนทุกเชื้อชาติ ทุกศาสนา และทุกวัฒนธรรม ซึ่งโยคะสอนสติให้มีทักษะต่อการตั้งครรว่า เป็นประสบการณ์ครั้งสำคัญของชีวิต ที่ช่วยพัฒนาสติทุกด้าน รวมทั้งด้านจิตวิญญาณ⁽⁸⁾ เพราะช่วงตั้งครรเป็นเวลาที่ที่สุด ในการเผชิญหน้ากับทุกการเปลี่ยนแปลง ด้วยสติและปัญญา การนำโยคะไปปฏิบัติขณะตั้งครรนั้น เริ่มต้นจากทำความเข้าใจความหมาย ความเป็นมา และเป้าหมายของการฝึกโยคะ โยคะสูตร และแนวทางการดูแลจิตวิญญาณ

ความหมายของโยคะ โยคะมาจากคำว่า “ยูช” หรือ “ยูจ” (yuj) หมายถึง การรวมกัน การผูกมัด⁽¹¹⁾ ซึ่งการรวมกันตามความหมายของโยคะคือ การประสานรวมชีวิต ที่ประกอบด้วยกาย จิตอารมณ์ ลมหายใจ และจิตวิญญาณให้เป็นหนึ่งเดียวกัน และการรวมเป็นหนึ่งเดียวของชีวิตกับสรรพสิ่ง และจักรวาล ดังนั้นความหมายของโยคะ สะท้อนความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ของทุกสิ่งในจักรวาลนี้⁽⁵⁾

ความเป็นมาของโยคะ⁽¹²⁾ โยคะเป็นมรดกล้ำค่าจากประเทศอินเดีย มีตำนานเล่าถึงโยคะมานานนับหมื่นปี โดยกล่าวถึงครูโยคะคนแรกคือ พระศิวะ ได้สอนโยคะให้ชายาของท่าน นามว่าปารวตี ห้าพันปีต่อมา ได้พบหลักฐานเป็นภาพการปฏิบัติอาสนะ ในถ้ำทางตอนเหนือของประเทศไทยอินเดีย จนกระทั่ง 200-300 ปี ก่อนพุทธกาล มีท่านมหาฤๅษีชื่อ “ปตัญชลี” ได้รวบรวมและเรียบเรียงเนื้อหาของโยคะเป็นหนังสือโยคะสูตร ขึ้นมา ซึ่งองค์ความรู้ของโยคะถูกแบ่งเป็น 3 ยุค⁽¹³⁾ ยุคแรก เป็นโยคะที่ถูกเขียนไว้โดยท่านปตัญชลี ยุคกลาง คือยุคที่มีการรวบรวมหนังสือชื่อ “หฐโยคะ ประทีปิกะ” และยุคใหม่ เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2463 เป็นต้นมา ยุคนี้มีครูโยคะรุ่นใหม่ เป็นผู้นำโยคะจากอินเดียออกเผยแพร่ทั่วโลก จนเกิดหลากหลายสาขาของโยคะ

สาขาของโยคะ⁽⁵⁾ เกิดจากครูโยคะรุ่นใหม่ นำศาสตร์โยคะ ออกไปเผยแพร่ในหลายประเทศทั่วโลก ทำให้โยคะเกิดการพัฒนามาเป็นหลายสาขา มีรูปแบบการฝึกแตกต่างกัน ได้แก่ โยคะร้อน (บิกรัมโยคะ) โยคะพิลาทิส โยคะลีลา วินยาสกรมโยคะ ไอเอนการโยคะ โยคะบ็อกซิ่ง โยกลาติส โยคะคอมแบท และออฟฟิศโยคะ แม้โยคะจะมีหลายสาขา แต่แก่นแท้จริงของโยคะยังคงเป็นการพัฒนาจิต ตามเป้าหมายสูงสุดของการฝึกโยคะ⁽⁷⁾

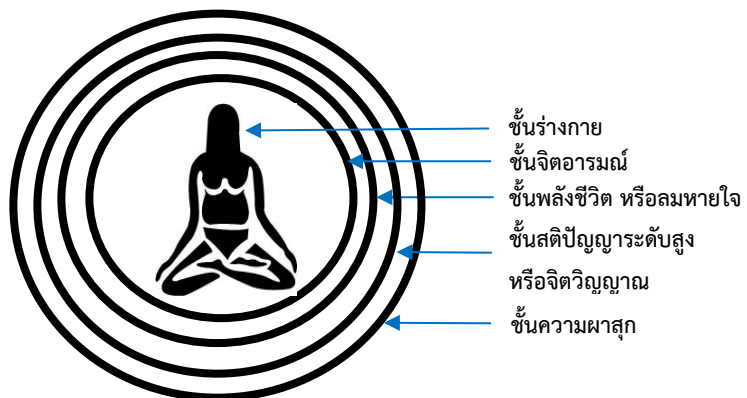
เป้าหมายของการฝึกโยคะ^(5,7,13) คือการนำจิตคืนสู่สภาวะเดิมแท้ ที่หยุดการปรุงแต่งอย่างสิ้นเชิง ให้จิตได้รับรู้ เห็นตามความจริง และเป็นอิสระ ซึ่งเป้าหมายนี้ถูกระบุชัดเจนในโยคะสูตร หรือโยคะภาคทฤษฎี

เล่มแรก ในโคลกที่ว่า “โยคะ ศจิตตะวฤตติ นิโรธ” หมายถึง โยคะเป็นไปเพื่อดับการปรุงแต่งของจิต⁽¹⁴⁾ การฝึกโยคะจึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาจิต ให้ตระหนักรู้ถึงความจริงแท้ภายในตน ซึ่งการบรรลุเป้าหมายนี้มีแนวปฏิบัติตามมรรค 8 ในโยคะสูตร ที่ได้ให้รายละเอียดของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเป้าหมายการฝึกโยคะในสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าทางกายและใจ⁽¹⁵⁾ ปวดหลัง⁽¹⁶⁾ บวมที่ข้อเท้า เส้นเลือดขอด ปวดศีรษะ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ส่งเสริมสุขภาพกาย ใจ สังคมดีขึ้น⁽¹⁷⁾ ได้แก่ เสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายและอวัยวะเชิงกราน พัฒนาการหายใจ ลดความเครียด เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มการรับรู้ความสามารถ และอิสรภาพในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่มุ่งเป้าไปที่ดับการปรุงแต่งของจิต และพัฒนาจิตวิญญาณตามเจตนารมณ์เดิมของศาสตร์ ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายอย่างมาก ในการนำโยคะมาประยุกต์เพื่อพัฒนาจิตวิญญาณในสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากองค์ความรู้จากการวิจัย ด้านโยคะกับการพัฒนาจิตวิญญาณในสตรีตั้งครรภ์มีน้อยมาก ผู้เขียนได้ค้นคว้าข้อมูลความรู้จากตำราโยคะดั้งเดิมของประเทศอินเดีย และงานวิจัย นำมาเรียบเรียงโดยเริ่มจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและองค์ประกอบของชีวิตตามความเชื่อของโยคะ ก่อนที่จะนำสู่การดูแลจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ

แนวคิดของชีวิต และองค์ประกอบชีวิตตามความเชื่อของโยคะ

โยคะเชื่อว่าชีวิตคนประกอบไปด้วย 5 ชั้น (The model of human being, 5 koshas or levels of being, 5 sheaths)^(5,7,8,14) คือ 1) ร่างกาย เป็นชั้นที่รับรู้และมองเห็นได้ด้วยตา ด้วยมีความเป็นรูปธรรม และส่วนที่เป็นนามธรรมคือ 2) จิตอารมณ์ 3) พลังชีวิต หรือลมหายใจ 4) ปัญญา หรือจิตวิญญาณ และ 5) ความผาสุก ซึ่งองค์ประกอบ 5 ชั้นนี้ เป็นสิ่งไม่เที่ยง ไม่คงที่ หรือเป็น “มายา” จำลองให้เห็นดังภาพ 1



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของชีวิต 5 ชั้นตามความเชื่อของโยคะ

ที่มา: โยคะเพื่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ โดย เยาวเรศ สมทรัพย์. 2553, อัลล่ายด์ เพรส จำกัด. (หน้า 20)

ขั้นที่ 1 ขั้นร่างกาย (อันนา มายาโกชะ) อันนา (anna) เป็นภาษาสันสกฤตที่แปลว่า อาหาร ขั้นของร่างกาย หมายถึงขั้นที่ประกอบขึ้นด้วยอาหาร หากอธิบายตามศาสตร์ตะวันตก ขั้นนี้หมายถึง โครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์ และกระบวนการทางสรีรวิทยา ได้แก่ ระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น และมุมมองของโยคะ ร่างกายหมายถึง ลักษณะหรือประเภท (type) ทางร่างกายของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ธาตุลม (vata) ธาตุไฟ (pitta) และธาตุน้ำ (kapha)

ขั้นที่ 2 ขั้นลมหายใจ หรือขั้นพลังชีวิต (ปราณา มายาโกชะ) เป็นขั้นที่มองไม่เห็นและจับต้องไม่ได้ เนื่องจากเป็นพลังงาน แต่รู้สึกได้ ขั้นนี้เกิดจากร่างกายที่แข็งแรง การเดินของพลังปราณดี จิตที่เป็นสุข และการได้รับพลังชีวิตในธรรมชาติจากดิน น้ำ อากาศ เป็นต้น เป็นขั้นที่มีเครือข่ายของพลังงานเชื่อมโยงระหว่างสติปัญญากับร่างกาย ดังนั้นต้องมีการไหลเวียนของพลังอย่างเพียงพอในขั้นนี้ จึงจะรักษาภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้

ขั้นที่ 3 คือขั้นของจิตอารมณ์ (มโน มายาโกชะ) เป็นขั้นประกอบด้วยความคิดและอารมณ์ คำว่า มโน (mano) แปลว่า มโนส หรือ จิต ขั้นนี้หมายถึงลักษณะทางอารมณ์ ที่เป็นลักษณะเด่นและเป็นรูปแบบของความคิด อันจะนำมาสู่บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล⁽⁷⁾ ซึ่งมีรูปแบบ 3 ประการ หรือตรี गुणा (tri gunas) ได้แก่ *รชส* (rajās) หมายถึง ลักษณะก้าวร้าว รุนแรง หยาบคาย โมโหง่าย ดุดัน โกรธ ฉลาดปานกลาง ความจำบางครั้งดี บางครั้งซ้ำ มีแรงปรารถนาต่อความมั่งคั่ง ร่ำรวย และสถานภาพ มักมีคำถามหรือสงสัยในสิ่งที่เป็นนามธรรม หรือสงสัยในความจริง *ตะมัส* (tamas) หมายถึง ลักษณะจิตที่ทึบ ขี้เกียจ โง่ ความจำไม่ดี เฉื่อย ไม่มีแรงปรารถนาใด เศร้า เสียใจง่าย ขี้กลัว ขลาด เชื่อถือในสิ่งผิด *สัตวา* (sattva) คือลักษณะที่สมดุล ตื่น รู้ เบิกบาน มีสติปัญญาฉลาด มีความจำดี ไม่มีแรงปรารถนาต่อความมั่งคั่ง ร่ำรวย และสถานภาพใดๆ มีความสุขภาพ สงบ ยึดมั่นสิ่งที่เป็นความจริง และตระหนักในการรักษาสุขภาพของตนด้วยตัวเอง ขั้นของจิตอารมณ์นี้ จิตจะทำหน้าที่กระตุ้นและตอบสนอง โดยที่เจ้าของชีวิตไม่สามารถมองเห็นตัวเองได้ เนื่องจากความเป็นตัวตน เข้ารวมเป็นหนึ่งเดียวกันกับความคิดและอารมณ์ผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 6 จึงเป็นอุปสรรคคอยขัดขวางและปิดกั้นความสงบของจิตและปัญญา หรือความเข้าใจความเป็นจริงของบุคลิกภาพตนเอง

ขั้นที่ 4 ขั้นของสติปัญญาระดับสูง หรือจิตวิญญาณ (วิญญา มายาโกชะ) เป็นขั้นของจิตในระดับปัญญา หรือจิตวิญญาณ คือ การรู้แจ้งด้วยสติ ที่ตามรู้กับประสาทสัมผัสทั้ง 6 คือ รู้แจ้งทางตา เรียกว่า จักขุวิญญาณ รู้แจ้งทางหู เรียกว่า โสตวิญญาณ รู้แจ้งทางจมูก เรียกว่า นาสิกวิญญาณ รู้แจ้งทางลิ้น เรียกว่า ชิวหาวิญญาณ รู้แจ้งสัมผัสทางกาย เรียกว่า กายะวิญญาณ รู้แจ้งทางใจ เรียกว่า จิตวิญญาณ การรู้แจ้งด้วยสติที่ไปตามรู้กับประสาทสัมผัสทั้ง 6 นี้ เป็นปัญญาที่มีอยู่ในตัวบุคคล เมื่อไม่มีการปิดกั้นด้วยอารมณ์และความคิด จึงเกิดความสงบของจิตและปัญญา เข้าใจในความเป็นจริงของบุคลิกภาพตนเอง เป็นสุขภาวะ

ด้านจิตวิญญาณ คือความสมบูรณ์ในขั้นนี้ ที่จิตมีความสะอาด สงบจากอารมณ์ สิ่งเศร้าหมอง และจากความคิดที่มารบกวน จึงสว่างด้วยปัญญาภายในที่เข้าใจชีวิตทั้งหมด เข้าใจตนเอง และสามารถมองเห็นบุคลิกภาพของตนเอง หยั่งลึกลงไปถึงตัวตนที่แท้จริง ถึงแก่นกลาง และรากเหง้าของตน⁽⁷⁾

ขั้นที่ 5 ขั้นของความผาสุก (อนันตะ มายาโกษะ) เป็นขั้นที่ประสานรวมความเป็นบุคคล (self) เข้าเป็นหนึ่งเดียวกับจักรวาลอย่างไม่มีขอบเขตจำกัด มีความเป็นปกติทุกช่วงเวลา เป็นความสุขที่สงบ และเป็นอิสระ มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ พลังชีวิต และสติปัญญาหรือจิตวิญญาณ ซึ่งขั้นของความผาสุก เป็นการเข้าถึงภาวะที่ตระหนักรู้ในตน (awareness, consciousness) เต็มไปด้วยพลังบวก (positive energy) และความสงบภายใน (inner peace)⁽⁷⁾

ดังนั้นการปฏิบัติโยคะสามารถนำสตริตั้งครกไปสู่คำตอบของคำถามที่ว่า ชีวิตเกิดมาทำไม เป้าหมายของชีวิตคืออะไร และอะไรคืออุดมการณ์สูงสุดของการเกิดมาเป็นมนุษย์ ดังที่ท่านไอน์สไตน์กล่าวว่า “โยคะคือการเดินทางสู่ภายใน โดยเริ่มผ่านจากชั้นนอกสุดคือชั้นร่างกาย ไปสู่ชั้นที่ละเอียดขึ้นทีละน้อย จนถึงชั้นในสุดคือชั้นแก่นแกนของชีวิตหรือตัวตน ” ซึ่งทำให้เกิดสุขภาพด้านจิตวิญญาณ อาศัยโยคะสูตรเป็นแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลแต่ละขั้นของชีวิตให้มีความสุข

โยคะสูตร

โยคะสูตรเป็นแนวทางปฏิบัติ 8 ประการ ที่ทำให้ชีวิตทั้งห้าขั้นมีความสุข ประกอบด้วย^(5,7-8,18-19)

1. ยามะ (yama) คือ ศีลของโยคะ หรือจริยธรรม หรือทัศนคติที่เรามีต่อบุคคลอื่นและสิ่งต่างๆ รอบตัว ยามะมีข้อย่อย 5 ข้อ คือ

1.1 อหิงสา (ahimsa) หรืออหิมสา หรือมิตรไมตรี ปราณนาดีต่อกัน ไม่มุ่งร้าย ไม่เอาใจเอาเปรียบ ไม่เบียดเบียนกันและกัน ให้คิดถึงสรรพชีวิตทั้งหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ยากลำบาก และผู้ที่ด้อยกว่าเรา

1.2 สัตยา (satya) คือ มีความสำรวมในการพูด เลือกพูดแต่ความจริงที่เป็นประโยชน์ และก่อให้เกิดความสุขทั้งแก่ตนและผู้อื่น

1.3 อัสเตยะ (asteya) คือ การไม่ไปล่วงละเมิดสิ่งของผู้อื่น ทั้งทรัพย์สินทางวัตถุ ทรัพย์สินทางปัญญา รวมถึงการไม่แสวงหาประโยชน์จากความไว้วางใจที่ผู้อื่นมอบให้

1.4 พรหมจริยา (brahmachariya) คือการมีพฤติกรรม ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นด้วยความรับผิดชอบ และความดีงามทั้งทางกาย วาจา และใจ

1.5 อปริหะ (aparigraha) คือ การดำเนินชีวิตทุกช่วงเวลา ด้วยความพอดี เรียบง่าย เหมาะสมกับสถานะ และความเป็นอยู่ หรือการดำรงชีวิตโดยไม่มีส่วนที่เกินพอดี

หลักจริยธรรมพื้นฐานทั้ง 5 ข้อนี้ เป็นคำสอนของทุกวัฒนธรรม เพื่อให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างสงบ เพราะโยคะเชื่อว่าทัศนคติเชิงลบเป็นอันตรายต่อทั้งตนเองและผู้อื่น トラバドที่ยังไม่เปลี่ยนทัศนคติ

เชิงลบให้เป็นบวก บุคคลนั้นไม่สามารถเข้าสู่สุขภาวะได้ ดังนั้นการปฏิบัติยามะจึงเป็นจุดเริ่มต้นในการปฏิบัติโยคะ เพราะทำให้บุคคลนำหลักจริยธรรมนี้มาใช้ดำเนินชีวิต ซึ่งสตริตั้งครรรค์ควรปฏิบัติยามะให้ครบห้าข้อย่อย เพื่อปลูกฝังการมีทัศนคติที่ดี มองโลกและมีพฤติกรรมทางบวก ซึ่งเป็นพื้นฐานในการนำสตริตั้งครรรค์สู่สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ

2. นิยามะ (niyama) คือ การมีวินัยในตนเอง หรือทัศนคติที่มีต่อตนเอง ซึ่งการสร้างวินัยให้เกิดในตนเอง โดยปฏิบัตินิยามะ 5 ข้อ คือ

2.1 เสาจะ (saucha) คือ การรักษาความบริสุทธิ์สะอาดหมดจด ทั้งกาย วาจา และใจ การดื่มกินอาหารสด สะอาด บริสุทธิ์มากที่สุด ตามปกติแล้ว บุคคลทั่วไปจะดูแลความสะอาดตนเองด้านกายภาพจนเป็นกิจวัตร ได้แก่ อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน ทำความสะอาดเสื้อผ้า ของใช้ และที่อยู่อาศัย แต่การทำความสะอาดใจหรือการรักษาใจให้บริสุทธิ์นั้น อาจไม่ได้ทำเป็นประจำ วิธีชำระใจให้สะอาดมีหลายวิธีตามแต่จะเลือกปฏิบัติ เช่น วิปัสสนา สวดมนต์ ร้องเพลงสวดสรรเสริญพระเจ้า ละหมาด เป็นต้น

2.2 สันโดษ (santosa) คือ ความรู้สึกยินดีและพอใจ กับสิ่งที่ตนเองมี หรือตนเองเป็น หรือตนเองได้รับ

2.3 ตบะ (tapas) คือ การฝึกฝนตนเอง ให้มีความอดทนต่ออุปสรรคและความยากลำบากทั้งหลายที่ผ่านเข้ามาในชีวิต หรือความพากเพียรกับการฝึก ที่นำไปสู่การควบคุมตนเองทั้งทางกายและใจ

2.4 สวัสดิยายะ (svadhyaya) คือ ความขยันหมั่นเพียรศึกษาเพื่อหาความรู้ ทั้งความรู้ด้านในและนอกตัว โดยความรู้ด้านในตัว เป็นเรื่องการศึกษาและการปฏิบัติเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตน ส่วนความรู้ด้านนอกตัว เป็นความรู้ที่จะนำมาใช้ในการประกอบอาชีพหรือศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสังคม และสิ่งแวดล้อม

2.5 อิศวรประนิธาน (isvara pranidhana) คือ ความพร้อมที่จะเสียสละและอุทิศตนเอง เพื่อคนอื่นและส่วนรวม และการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ถือเป็นการยอมศิโรราบเพื่อละตัวตนหรืออวดตลาอย่างสิ้นเชิง

นิยามะ เป็นวินัยที่จะดูแลและจัดการตนเองในสภาวะตั้งครรรค์ ซึ่งสตริตจะได้ฝึกนิยามะตลอดกระบวนการ ได้แก่ เสาจะ เพราะต้องหมั่นดูแลความสะอาดของร่างกายอย่างดี รักษาใจให้สงบ มีสันโดษเพราะพอใจ ยอมรับกับรูปร่าง หน้าตา และภาพลักษณ์แม้ว่าจะเปลี่ยนแปลงไป⁽¹⁸⁾ เนื่องจากมีการขยายขนาดของมดลูก ผิวหนังแตกลาย หน้าเป็นฝ้า ส่วนตบะจะถูกพัฒนาอย่างเข้มข้นขึ้นตามอายุครรรค์ เพราะสตริต้องทำกิจกรรมด้วยความลำบากขณะตั้งครรรค์ สำหรับสวัสดิยายะ คือการเรียนรู้เพื่อรู้จักตัวตนที่แท้จริง และเผชิญหน้ากับทุกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตามสติปัญญาของแต่ละคน เมื่อสตริตั้งครรรค์ตระหนักว่า ทุกสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งกายและใจนั้น เป็นการเรียนรู้ชีวิต และไม่ปล่อยให้ชีวิตตนเองจมจ่อมกับความไม่สุขสบายนั้น เป็นการพัฒนาจิตให้ตั้งมั่น ไม่ซัดส่าย ยอมรับกับทุกสิ่งที่เผชิญ

ถือเป็นการศัลยกรรมอย่างไม่มีเงื่อนไข ตรงกับข้ออิศวรประณิธาน ความทุกข์จะถูกปลดปล่อย จิตเป็นสุข และกลับมารับรู้อิสรภาพอีกครั้ง ทำให้เกิดสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ

3. **อาสนะ (asana)** คือ ท่าทาง การทรงตัวอย่างมีสติ รู้ตัว ใช้แรงแต่น้อย ไม่ฝืน และปฏิบัติตามความสามารถของตน อาสนะประกอบด้วย 2 คุณลักษณะ คือความนิ่ง และความสุขทั้งของกายและจิต⁽¹⁹⁾ ซึ่งอาสนะนั้น มีความโดดเด่นจนผู้คนจำนวนมากเข้าใจว่า โยคะคืออาสนะ และเป็นการออกกำลังกาย ผู้ฝึกโยคะส่วนใหญ่จึงมุ่งไปยังการฝึกอาสนะ ที่เป็นเช่นนี้ น่าจะมาจากอาสนะ ทำให้ผู้คนยุคปัจจุบันที่อ่อนแอทางร่างกาย จิต อารมณ์ และไม่สมดุลในชีวิต กลับมาแข็งแรงและมีความสุข อาสนะจึงถูกใช้เป็นเครื่องมือสร้างเสริมสุขภาพ และบำบัดเยียวยา ดังพบในการวิจัยโยคะ จะนำอาสนะมาเป็นหนึ่งในวิธีปฏิบัติเสมอ ทั้งที่การฝึกอาสนะตามเป้าหมายเดิมของศาสตร์ คือ การเตรียมร่างกายให้แข็งแรง จนนิ่งๆ ได้นานเพื่อฝึกจิต ดังนั้นแม้ปฏิบัติอาสนะด้วยจำนวนท่ามากมาย แต่ทั้งหมดเป็นไปเพื่อการเข้าสู่ท่าดอกบัว ซึ่งเป็นอาสนะท่าหนึ่งเพื่อสมาธิ ท่าดอกบัวช่วยให้ผู้ปฏิบัตินั่งได้อย่างมั่นคงนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ถือเป็นชัยชนะจากการดำรงอยู่ในท่า เรียกว่า อาสนะชัย⁽¹²⁾ ท่าดอกบัวจึงเอื้อต่อการภาวนาและพัฒนาจิต กรณีการฝึกอาสนะของสตรีตั้งครรภ์ ตามตำราโยคะดั้งเดิมไม่ได้บอกไว้ว่าท่าอาสนะใด ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ระบุเพียงการฝึกอาสนะช่วยผู้ที่ฝึกเป็นประจำ มีร่างกายสมดุลกับจิต^(7,12) ส่วนสุขภาวะเป็นเพียงผลพลอยได้

4. **ปราณายามะ (pranayama)** คือ การควบคุมลมหายใจ โดย ปราณ หมายถึงลมหายใจ ยามะหมายถึงการควบคุม ดังนั้นปราณายามะจึงเป็นการฝึกเพื่อควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับลมหายใจ ซึ่งลมหายใจจะนำพลังแห่งชีวิตให้กับกายและจิต โดยสร้างสะพานสู่ชั้นกายแห่งพลังงาน (energy body)⁽⁷⁾ การมีรูปแบบการหายใจถูกต้องจะช่วยให้การไหลเวียนของพลังงานดีขึ้น โยคะให้ความสำคัญกับการหายใจและธาตุลม และเรียกส่วนนี้ว่าปราณ หรือลมปราณ ที่ใช้เป็นตัวเชื่อมและปรับสมดุลระหว่างพลังของร่างกายและพลังของจิต ทำให้จิตสงบ ส่งเสริมให้เกิดสติ สัมปชัญญะ ความผ่อนคลาย เบิกบาน รู้ตื่นด้วยสติและปัญญา ส่งผลให้คลื่นสมองเปลี่ยนแปลงเป็นชนิดเดียวกับคลื่นของจักรวาล จึงมีผลต่อการทำงานของระบบในร่างกายทั้งหมด รวมถึงสมาธิแห่งจิต และการตื่นรู้ของจิตวิญญาณ เทคนิคของการควบคุมลมหายใจมีหลายวิธี⁽¹⁸⁾ เริ่มจากการเฝ้าดูลมหายใจ จากนั้นจึงฝึกควบคุมลมหายใจด้วยการใช้กล้ามเนื้อไหล่ หน้าอก และหน้าท้อง การควบคุมอัตราส่วนของลมหายใจการใช้จังหวะการหายใจที่แตกต่าง การหายใจทางจมูกข้างเดียว สองข้าง และหายใจทางปาก การฝึกปราณายามะ เป็นลำดับต่อจากการฝึกอาสนะ

5. **ปรตยาหาระ (pratyahara)** คือ การถอนตนเองออกจากสิ่งเร้า ที่เข้ามากระทบทางประสาทสัมผัสทั้งหก คือ หู ตา จมูก ลิ้น การสัมผัส และจิต การฝึกปรตยาหาระใช้การควบคุมลมหายใจหรือปราณายามะเพื่อให้จิตได้มีที่เกาะหรือที่ยึด ซึ่งเมื่อจิตจดจ่อกับลมหายใจ ย่อมลดการใช้ จนถึงไม่ได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้งหก

หากสามารถควบคุมลมหายใจได้ต่อเนื่องยาวนาน ท้ายที่สุดแล้วจะเกิดสภาวะปรกติอาหารอย่างสมบูรณ์ คือ จิตจดจ่ออยู่กับลมหายใจได้ต่อเนื่อง โดยที่ประสาทสัมผัสหยุดการทำงาน⁽²⁰⁾

6. **ธารณะ (dharana)** คือ สภาวะที่จิตได้จดจ่อและแน่วแน้อยู่จุดใดจุดหนึ่ง ซึ่งเป็นสภาวะที่ต่อเนื่องมาจากการฝึกปรกติอาหาร⁽¹⁸⁾

7. **ญาณ หรือ ธยาน (yana)** เป็นปัญญาที่เกิดขึ้นจากการตระหนักรู้ตามความเป็นจริง โดยไม่ใช้เหตุผลหรือความคิดใดๆ⁽¹⁸⁾

8. **สมาธิ (smadhi)** หรือการประสานสอดคล้องขึ้นของชีวิตจนเป็นหนึ่งเดียวกัน และสอดคล้องกับสรรพสิ่งที่ชีวิตได้เข้าไปเกี่ยวข้อง⁽¹⁸⁾

สตรีตั้งครร์สามารถฝึกตามโยคะสูตรข้อใดก่อนก็ได้ การปฏิบัติยามะ และนิยามะ เป็นรากฐานของการปฏิบัติโยคะเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสูงสุด โดยการปฏิบัติโยคะสูตร 4 ข้อแรก เป็นเหตุปัจจัยนำสู่ผลในโยคะสูตร 4 ข้อหลัง^(5,7,18) นอกเหนือจากการปฏิบัติตามโยคะสูตรแล้ว สตรีตั้งครร์สามารถใช้การผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพกายและจิต มุทรา พันธะที่ปรากฏในตำราโยคะยุคหลังได้เช่นกัน เพราะจะเป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครร์ ตัวอย่างเช่น พันธะ ช่วยเพิ่มแรงเบ่งของสตรีตั้งครร์ในระยะคลอดได้⁽⁵⁾

การดูแลจิตวิญญาณสตรีตั้งครร์ด้วยโยคะ

1. **เก็บรวบรวมข้อมูล หรือการประเมินสภาพสตรีตั้งครร์** โดยสอบถามความถี่ที่สตรีตั้งครร์สำรวจและทำความเข้าใจในชีวิตทุกชั้นของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และลมหายใจ การมีประสบการณ์พัฒนาหรือฝึกฝนทางจิต เนื่องจากการรู้จัก และทำความเข้าใจตนเองนั้นเป็นเรื่องสำคัญ การประเมินมีดังนี้

1.1 **สำรวจลักษณะร่างกาย** ว่าโครงสร้างพื้นฐานร่างกายสตรีตั้งครร์ แข็งแรง ยืดหยุ่น อ่อนแอ หรือมีข้อจำกัดเรื่องใดบ้าง มีการวางท่วงท่าอิริยาบถในการนั่ง นอน ยืนถูกต้องหรือไม่ มีแบบแผนชีวิตประจำวันในการทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร และการขับถ่ายเป็นอย่างไร⁽¹⁸⁾ มีประสบการณ์เดิมในการฝึกหรือสร้างความแข็งแรงให้ร่างกายอย่างไรบ้าง สำรวจปัญหาของร่างกายขณะปัจจุบันว่าปกติ ไม่สุขสบาย หรือเจ็บปวดตำแหน่งใด เพื่อออกแบบการฝึกอาสนะให้เหมาะสมกับแต่ละคน ซึ่งข้อมูลลักษณะทางกายภาพบางข้อ ยังบ่งบอกจิตอารมณ์สตรีตั้งครร์ได้

1.2 **ประเมินจิตอารมณ์** ด้วยการสำรวจจากพฤติกรรม คำพูด ที่สตรีตั้งครร์แสดงออก ซึ่งจะพบลักษณะจิตอารมณ์ 3 รูปแบบคือ รัชส ตมัส และสัตวา การจำแนกจิตอารมณ์เป็นไปเพื่อจะวางแนวทางปฏิบัติในโยคะสูตร ให้สอดคล้องกับจิตอารมณ์ของสตรีตั้งครร์

1.3 สังเกตลมหายใจของสตรีตั้งครรภ์ ในแต่ละรอบการหายใจ มีลักษณะการหายใจเป็นอย่างไร ทั้งความสั้นยาวในการหายใจเข้าและออก การรับรู้และจดจ่อกับลมหายใจมีมากน้อยเพียงใด หรือไม่เคยรับรู้กับลมหายใจของตนเองมาก่อน

1.4 สำนวณชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ด้วยใจเป็นกลาง ไม่ปิดกั้นการสำรวจด้วยอารมณ์และความคิด เพื่อจะได้ทำความเข้าใจบุคลิกภาพของตนเองตามความเป็นจริง หยั่งลึกลงไปถึงตัวตนที่แท้จริง⁽⁷⁾ เพื่อทำความเข้าใจขั้นของปัญหาหรือจิตวิญญาณ

2. นำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด มาหาความเชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนดูแลจิตวิญญาณของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากการประเมินทุกชั้นของชีวิต ตามแนวคิดของโยคะเป็นบันไดขั้นแรก เพื่อตรวจสอบชั้นชีวิตสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสุขภาวะด้านจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากแต่ละชั้นของชีวิตยังไม่สมดุล สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีจิตใจเข้มแข็ง อาจก้าวข้ามความไม่สมดุลทางกาย จิต อารมณ์ และลมหายใจไปได้ จึงไม่เป็นอุปสรรค แต่หากเกิดความไม่สมดุลของชีวิตในชั้นใดชั้นหนึ่ง จำเป็นอย่างยิ่งต้องดูแลทุกชั้นให้เกิดความสมดุล เริ่มจากชั้นของร่างกายเป็นลำดับแรก และต่อเนื่องไปยังทุกชั้น

3. การดูแลสุขภาวะจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์ มีกิจกรรมดังนี้

3.1 ให้ความรู้ภาคทฤษฎีเกี่ยวกับโยคะสูตร แนวคิดของชีวิตและองค์ประกอบของชีวิต เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจโยคะถูกต้อง จะได้ทราบวิธีดูแลจิตวิญญาณให้มีสุขภาวะตามแนวทางของโยคะ โดยการดูแลชั้นของมีรายละเอียดดังนี้

3.2 การดูแลชั้นร่างกาย โดยแนะนำสตรีตั้งครรภ์รับรู้กับร่างกายตัวเอง (body awareness) โดยให้สังเกต และมุ่งความสนใจไปที่การเปลี่ยนแปลงร่างกายขณะตั้งครรภ์ เรียนรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ แน่นท้อง หายใจลำบาก รวมถึงการรับประทานอาหาร การอยู่ในอิริยาบถ การดำรงท่าทาง การเคลื่อนไหว และการพักผ่อน ผูกสื่อสารกับร่างกายด้วยการฟังเสียงจากร่างกายอย่างเอาใจใส่ เฝื่อนหน้ากับทุกการเปลี่ยนแปลงในทางบวก โดยมีทัศนะว่า เป็นโอกาสดีในการได้เรียนรู้กับธรรมชาติของร่างกายตนเองขณะตั้งครรภ์

ให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารตามแนวทางโยคะ⁽⁸⁾ ที่แบ่งเป็นอาหารประเภทสัตตวิค (sattvic) ซึ่งเป็นอาหารมีสภาวะเป็นกลางหรืออาหารธรรมชาติ เพราะไม่ผ่านการปรุงแต่ง เช่น ข้าวที่ไม่ผ่านการขัดสี เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง เป็นต้น ธัญพืช เมล็ดถั่วต่างๆ เมล็ดพืชที่กำลังงอก เช่น ถั่วงอกหัวโต ถั่วงอก เป็นต้น ข้าวโพด นม นม สหรัยทะเล สีเขียว ผักใบเขียว เป็นต้น ให้รับประทานอาหารประเภทสัตตวิคทุกวัน เพื่อเพิ่มพลังชีวิตให้ร่างกายและจิตใจ อาหารประเภทราชสิค (rajasic) เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไขมันจากพืชและสัตว์ อาหารที่มีน้ำตาลและแป้งสูง เป็นต้น อาหารประเภทนี้จะกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว เพิ่มพลังงาน ควรรับประทานอาหารราชสิคในปริมาณพออิ่ม และอาหารประเภททามาสิค (tamasic) เป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำ ขาดพลังของชีวิต ทำให้ร่างกายเฉื่อยชา เช่น อาหารที่ผ่านการปรุงแต่ง

อาหารสำเร็จรูป อาหารที่ถูกแช่แข็งไว้นาน อาหารที่ไม่เป็นธรรมชาติ เป็นต้น ให้สตรีตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงอาหารประเภทนี้

สอนและสาธิตการฝึกอาสนะ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง พร้อมรับกับสภาวะของร่างกายซึ่งทำหน้าที่มากขึ้น จัดฝึกอาสนะ ปรับเปลี่ยนอิริยาบถที่ถูกต้อง โดยให้กระดูกสันหลังและลำตัวตรง เหยียด ยืด และคลายกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อจนยืดหยุ่น เลือกอาสนะท่าที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายสตรีตั้งครรภ์แต่ละคน เพื่อให้ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อต่อ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบขับถ่าย ระบบฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกันทำงานดีขึ้น ลดอาการปวดเมื่อย เจ็บปวด อ่อนล้า ไม่มีแรง และไม่สุขสบาย การเลือกอาสนะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ต้องคำนึงถึงโครงสร้างพื้นฐานร่างกาย โดยการปฏิบัติอาสนะนั้น สตรีตั้งครรภ์ต้องมั่นคงในท่าทาง ควบคุมกับมีความสมดุลของจิต อาสนะที่เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ ควรเป็นชุดท่าที่ประกอบด้วยท่านั่ง ท่ายืน และท่านอน⁽¹⁸⁾

3.3 การดูแลสุขภาพจิตใจหรือพลังชีวิต⁽⁵⁾ โดยใช้อาสนะ ท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ทำให้ทรวงอกและไหล่ขยายออก และกระดูกสันหลังตรง

สอนและสาธิตการควบคุมลมหายใจให้สตรีตั้งครรภ์ โดยช่วงแรก จะสอนท่านั่งที่ดีคือ นั่งซ้อนขา กันโดยไม่ทับกัน เรียกว่าท่าสุษะสนะ หรืออาจยกเท้าซ้ายวางบนขาหนีบด้านขวา เรียกว่า ท่าดอกบัวชั้นเดียว ท่านั่งดังกล่าวทำให้ช่วงขาและเชิงกรานมั่นคง ดึงไหล่ตั้งตรงเหนือสะโพก น้ำหนักตัวตกลงบนกระดูกสันหลังทั้งสองข้างผ่อนคลาย วางมือบนเข่า หรือหงายฝ่ามือขึ้น น้ำหนักของแขนจะช่วยดึงให้ไหล่ตกลง โดยไม่ทำให้หลังงุ้ม ยืดคอขึ้นให้ค้างอยู่ด้านใน ศีรษะอยู่ส่วนบน หลังจากนั้นให้เริ่มเฝ้ามองจังหวะของการหายใจตามธรรมชาติโดยไม่มีการควบคุม⁽¹⁸⁾ เพื่อศึกษาความรู้สึกและความสัมพันธ์ของร่างกายกับการหายใจเข้าและออก เมื่อรับรู้และทำความเข้าใจลมหายใจตามธรรมชาติแล้ว จึงฝึกควบคุมลมหายใจด้วยการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าอก กล้ามเนื้อไหล่ และฝึกหายใจแบบสลับรูจมูกหรืออนุโลมาวิโลมา⁽⁵⁾

การฝึกควบคุมลมหายใจดังกล่าว เป็นการฝึกขั้นต้น ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ควรฝึกอย่างสม่ำเสมอ เช่น หลังตื่นนอนตอนเช้า หรือฝึกก่อนปฏิบัติอาสนะ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย เต็มไปด้วยชีวิตชีวา ระบบหายใจทำงานเต็มประสิทธิภาพ เพราะกระบังลมถูกยกขึ้นเต็มที่ ปอดได้รับออกซิเจนพอเพียง ส่งผลให้เนื้อเยื่อทั้งร่างกายได้รับออกซิเจนทั่วถึง เกิดผลดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และพลังจากลมหายใจจะคืนความสมดุลให้กับชีวิตสตรีตั้งครรภ์⁽⁷⁾

แนะนำสตรีตั้งครรภ์รับพลังปรารถนาจากธรรมชาติ (connect with nature)⁽⁵⁾ ได้แก่ เดินเท้าเปล่าบนดิน ทราย พั่นหญ้า และสัมผัสธรรมชาติ เช่น สายลม แสงแดด น้ำตก ต้นไม้ และทะเล เป็นต้น

สอนวิธีผ่อนคลายกายและจิตแก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อรักษาความสมดุลและพลังงานไว้ ให้ฝึกจนสามารถใช้การผ่อนคลายกายและจิตได้ตลอดเวลาตามต้องการ วิธีการใช้เทคนิคผ่อนคลายอย่างเร็วแบบเกร็ง

และคลายกล้ามเนื้อ คือ ใช้จิตไปรับรู้และสังเกตว่าร่างกายส่วนใดบ้างมีความเกร็ง ตั้ง จากนั้นให้สตริตั้งครรภ์ คลายส่วนที่เกร็งและตึงนั้น ซึ่งมีข้อควรระวังการใช้ในสตริตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ต้องงดการเกร็งและคลายที่บริเวณสะโพก และช่องท้อง นอกจากนี้ยังมีการผ่อนคลายร่างกายอย่างลึก มีเทคนิคคือ ใช้การสำรวจร่างกายทีละส่วนตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าและค่อยๆ ผ่อนคลายแต่ละส่วน ด้วยการใช้จิต ตามไปกำหนดรู้กับอวัยวะภายนอกและภายในร่างกาย และผ่อนคลายทั่วร่างกาย^(5,7)

3.4 การดูแลชั้นจิตอารมณ์⁵ โดยสอนสตริตั้งครรภ์ตระหนักรู้ลักษณะทางอารมณ์ และความคิด ของตนเอง เพื่อรับรู้และเท่าทันอารมณ์หรือความคิดที่เกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ และมุมมอง ทางลบที่ทำให้สูญเสียพลังชีวิต ด้วยการคิดเชิงบวก ผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ปรับอารมณ์ให้รู้สึกสดชื่น และมีพลัง หรือใช้จินตภาพ (visualization) เพื่อเพิ่มศักยภาพของจิต อาจกระทำพร้อมกับการผ่อนคลาย แบบโยคะนิทรา (yoga nidra) หรือใช้การปฏิบัติอาสนะ มาติงจิตจากความคิดและความอารมณ์ ไปจดจ่อ กับการเคลื่อนไหวในท่าอาสนะต่างๆ^(5,7) ซึ่งได้ผลดีเช่นกัน

นอกจากนี้ อาจแนะนำสตริตั้งครรภ์เพ่งความสนใจ โดยนำจิตจดจ่อตำแหน่งของจักระที่ 2 ที่อยู่ระหว่างคิ้วสองข้าง ซึ่งถือว่าเป็นตาที่ 3 (third eye) หรือตาแห่งปัญญา เพื่อเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงทั้งทาง ภาย ความคิด จิตอารมณ์ ลมหายใจ⁽⁷⁾ สวดมนต์ หรือสวดมนตรา (mantra) โดยใช้เสียงในการควบคุมจิต และฝึกมุทรา (mudra)⁽⁵⁾

3.5 การดูแลชั้นของสติปัญญาระดับสูง หรือจิตวิญญาน โดยปฏิบัติยามะและนियามะ ซึ่งเป็น จริยธรรมพื้นฐานเพื่อให้ทุกคนอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข หรือทำกิจกรรมหลายรูปแบบ เช่น ดำเนินชีวิต สอดคล้องกับธรรมชาติ คิด พูด และทำแต่เรื่องที่ดีมีประโยชน์ เพ่งความสนใจกับเสียง ภาพ หรือจังหวะ ของลมหายใจ การสวดมนตรา การควบคุมลมหายใจรูปแบบต่างๆ ดังกล่าวนั้นแล้ว และมีสติกับอริยาบถ หรือท่วงท่าขณะปฏิบัติอาสนะ^(5,7)

3.6 การดูแลชั้นความผาสุก ด้วยการฝึกใช้เสียงในการควบคุมจิต^(5,7) ได้แก่ การสวดมนต์ หรือมนตรา ซึ่งโทนเสียงที่เกิดจากการสวดจะมีระดับแตกต่างกัน จึงเพิ่มแรงสั่นสะเทือนในร่างกายจากเสียงที่แตกต่างกัน สลับไปมา มีผลต่อศูนย์พลังในร่างกายหรือจักระที่มีทั้งหมด 7 จุดในร่างกาย ตั้งแต่จุดสูงสุดตรงกระหม่อม ไปจนถึงตำแหน่งฝีเย็บ คลื่นเสียงจากการสวดจะช่วยเพิ่มพลังชีวิต การเดินของปราณดี และการทำงาน ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพ

4. การติดตามประเมินผล หลังจากดูแลทุกชั้นของชีวิตให้สมดุลผ่านการปฏิบัติแล้ว ควรติดตาม ประเมินผล จากการให้สตริตั้งครรภ์สะท้อนคิด ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติโยคะ ได้แก่ การมีทัศนคติ ทางบวกต่อการตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพที่ดีของสตริตั้งครรภ์และทารก การรับรู้คุณค่าและพลังอำนาจในตัวเอง ความสามารถในการรักษาสมดุลของชีวิต เพื่อนำผลจากการประเมินมาปรับแก้ไข และส่งเสริมให้ปฏิบัติโยคะ อย่างต่อเนื่อง

กระบวนการนำโยคะไปพัฒนาสุขภาพจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์ เป็นไปตามรายละเอียดดังกล่าวมาทั้งหมด การทำความเข้าใจองค์รวมของชีวิต และความเชื่อมโยงระหว่างจิตตนเองกับจิตจักรวาล ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความคิด ความรู้สึก และท่าทีต่อชีวิตถูกต้อง ตรงตามความจริง เข้าใจตนเองว่าเป็นใคร มีเป้าหมายชีวิตอย่างไร ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ต้องใช้เวลาตรวจสอบตนเองทุกแง่มุมอย่างเที่ยงธรรม ปราศจากอคติ และความลำเอียง การมีสุขภาพจิตวิญญาณ หรือเข้าถึงสภาวะปิติหรือความผาสุก ผู้ปฏิบัติจะตระหนักรู้ด้วยตนเอง โดยไม่ได้เกิดจากการนึกคิดเอาเอง จึงเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลโดยแท้ ซึ่งช่องทางการพัฒนาสู่สุขภาพจิตวิญญาณนั้น สตรีตั้งครรภ์ต้องดูแลแต่ละขั้นของชีวิต ตั้งแต่ขั้นร่างกาย พลังชีวิต จิตอารมณ์ และจิตวิญญาณให้มีความสมดุล โดยแต่ละขั้นชีวิตจะเชื่อมโยงผลที่เกิดขึ้น ต่อไปยังขั้นชีวิตอื่นๆ และการพัฒนาที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นไปตามลำดับขั้น เมื่อทุกขั้นของชีวิตสมดุลกลมกล่อมรวมกันเป็นหนึ่งเดียว เกิดสุขภาพจิตวิญญาณในที่สุด

ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการนำโยคะมาใช้ในการพัฒนาจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์

1. การประเมินลักษณะทางกายภาพ จิตอารมณ์ และลมหายใจของสตรีตั้งครรภ์ ต้องมีความแม่นยำ เพื่อจัดรูปแบบฝึกโยคะให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ และไม่เกิดอันตรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการออกแบบท่าอาสนะ
2. การนำโยคะไปพัฒนาจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์ จะใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการตั้งครรภ์ และการพัฒนาจิตวิญญาณอาจไม่เกิดผลสำเร็จในการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง แต่ทุกครั้งของการฝึก ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติยามะ นิยามะ อาสนะ ปราณยามะ สตรีตั้งครรภ์ จะเกิดการพัฒนาด้านตนเอง และได้รับประโยชน์เสมอ

สรุป

จิตวิญญาณเป็นเรื่องนามธรรม ทำให้การนำโยคะไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่ไม่ง่าย แต่ไม่ได้ยาก เนื่องจากสถานการณ์ขณะตั้งครรภ์ เป็นสิ่งกระตุ้นให้สตรีเกิดแรงบันดาลใจ ปฏิบัติโยคะเนื่องจากมีลูกเป็นสิ่งหนุนนำ หากทีมสุขภาพใช้ช่วงเวลานี้ เสริมแรงสตรีตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตามแนวทางโยคะสูตร เพื่อสร้างสมดุลให้ทุกขั้นของชีวิต ย่อมทำให้สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสสูงในการพัฒนาจิตวิญญาณตนเอง และสามารถดำรงสุขภาพไว้ได้ ตลอดการตั้งครรภ์และตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

1. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, Ashwill, JW. Maternal-Child Nursing. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2018.
2. Bilgiç G, Bilgin NC. Relationship between fear of childbirth and psychological and spiritual well-being in pregnant women. J Relig Health. 2020; 60(1): 295–310.
3. Gold JM. Spirituality and self-actualization: considerations for 21st-century counselors. J Human Counseling. 2013; 52(2): 223-34.
4. Bradley KL, Goetz T, Viswanathan S. Toward a contemporary definition of health. Mil Med. 2018; 183(suppl 3): 204-7.
5. เยาวเรศ สมทรัพย์. โยคะเพื่อสุขภาวะสตรีตั้งครรภ์. สงขลา: อัลลายด์เพรส จำกัด; 2553.
6. Jesse DE, Schoneboom C, Blanchard A. The effect of faith or spirituality in pregnancy: A content analysis. J Holistic Nurs. 2007; 5(3): 151-8.
7. พเยาว์ เกษตรสมบูรณ์, เยาวเรศ สมทรัพย์. โยคะกับการกำเนิดชีวิตใหม่. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
8. Narendran S, Nagarathna R, Nagendra HR. Yoga for pregnancy. Bangalore: Rashtrottana Mudranalaya; 2005.
9. Sheldrake P. A brief history of spirituality. Vitoria: Blackwell; 2007.
10. Blaszkowski Helming MA, Shields DA, Avino KM, Rosa WE. Dossey & Keegan's holistic nursing: A handbook for practice. 8th ed. Burlington, MA: Jones & Barlett; 2022.
11. อิโรชิ โอคะตะ, ฮิเดโกะ โอคะตะ, สุภาพร พงศ์พฤกษ์, กวี คงภักดีพงษ์. โยคะในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2546.
12. ชาร์ลอตต์ เอ็ม แอล. ศาสตร์และศิลป์แห่งโยคะ: Yogic techniques (พิมพ์ครั้งที่ 2, วีระพงษ์ ไกรวิทย์ และจิรวรรณ ตั้งจิตเมธี, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2551.
13. กวี คงภักดีพงษ์. วิถีชีวิตแห่งโยคะ (ตอนที่ 2). หมอชาวบ้าน. 2552; 3: 46-7.
14. Iyengar GS. Yoga: A gem for women. New Delhi: Allied Publishers Ltd; 2006.
15. Kusaka M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Haruna M. Immediate stress reduction effects of yoga during pregnancy: One group pre–post test. Women Birth. 2016; 29(5): 82-8.

16. Holden SC, Manor B, Zhou J, Zera C, Davis RB, Yeh GY. Prenatal yoga for back pain, Balance, and maternal wellness: A randomized, controlled pilot study. *Glob Adv Health Med* 2019; 8: 1-11.
17. de Campos EA, Narchi NZ, Moreno G. Meanings and perceptions of women regarding the practice of yoga in pregnancy: A qualitative study. *Complement Ther Clin Pract*. 2020; 39:101099.
18. ยาวเรศ สมทรัพย์. โยคะ: ศาสตร์ทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*. 2564; 48(1): 318-30.
19. Desikachar TKV. *The Heart of Yoga: Developing a personal practice*. 2 nd ed., Teeradeh Uthaiwittharat, (Translator). Bangkok: Kledthai; 2007.
20. วีรพงษ์ ไกรวิทย์, จีรวรรณ ตั้งจิตเมธี. ตำราโยคะดั้งเดิม: ทำความเข้าใจกับสถานะของปรัทยาหาระ. *จุลสารโยคะสารัตถะ*. 2550; 1: 27-8.

ผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไทรโยค ตำบลกำแพง อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

สมบัติ งามสมบัติ^a

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.ไทรโยค อ.โนนไทย จ.นครราชสีมา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้ารับการบำบัดในคลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.ไทรโยค ได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยทีมหมอครอบครัว จำนวน 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 6) กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับโปรแกรมเลิกบุหรี่ตามปกติของ รพ. โนนไทย จำนวน 4 ครั้ง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย สื่ออุปกรณ์ให้ความรู้ ยาช่วยเลิกบุหรี่ เครื่องตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ข้อมูลทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ และแบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติที่

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 53.33 และ 23.33 ตามลำดับ, $p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในกลุ่มทดลอง (1.85 ± 2.41 มวนต่อวัน) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (3.00 ± 2.48) ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (CO) ในกลุ่มทดลอง (3.17 ± 2.73 ppm) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (6.07 ± 4.52 ppm) ($p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยการประยุกต์ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ควรจัดให้มีการบริการช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับโปรแกรมเยี่ยมบ้านในสถานบริการคลินิกหมอครอบครัวทุกแห่ง

คำสำคัญ : โปรแกรมเยี่ยมบ้าน; การเลิกสูบบุหรี่; คลินิกหมอครอบครัว; เวชศาสตร์ครอบครัว

* นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

^a Corresponding author สมบัติ งามสมบัติ Email: sombat_net@hotmail.com

รับบทความ: 20 มี.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 14 เม.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 14 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 6 พ.ค. 65

Effects of Home Visit Program for Promoting Smoking Cessation at Mai Naree Tambon Health Promoting Hospital, Kampang Subdistrict, Nonthai district, Nakhon Ratchasima Province

Sombat Ngamsombat^{*a}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a home-visit program for promoting smoking cessation at Mai Naree Tambon Health Promoting Hospital, Nonthai district, Nakhon Ratchasima province. The samples were selected using purposive sampling according to specified criteria. The samples which included 60 current smokers were divided into 2 equal groups, 30 samples in each group. The experimental group received a smoke cessation program and home visit program together with family medicine practice care for 4 times (weeks 1st, 2nd, 4th and 6th). The control group received regular smoking cessation program at Nonthai Hospital for 4 times as well. The smoking cessation programs were consisted of knowledge materials, medications used in smoking cessation clinic, carbon monoxide breath test devices, a three-part questionnaire including personal data, smoking behaviors, and attitudes towards their family members, and smoking behavior monitoring form used by care team including carbon monoxide breath test at weeks 1st, 2nd, 4th and 6th. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The results revealed that the smoking cessation success rate of the experimental group were significantly higher than those in the control group (53.33% and 23.33%, respectively) at $p < 0.05$. The average number of cigarettes smoking per day in experimental group (1.85 ± 2.41 cigarettes per day) was significantly lower than those from the control group (3.00 ± 2.48 cigarettes per day) at $p < 0.05$. The average level of exhaled CO of the experimental group (3.17 ± 2.73 ppm) was significantly lower than that of the control group (6.07 ± 4.52 ppm)

* Medical Physician, Professional Level, Nonthai Hospital, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author: Sombat Ngamsombat Email: sombat_net@hotmail.com

Received: Mar. 20, 22; Revised: Apr. 14, 22; Accepted: Apr. 14, 22; Published Online: May 6, 22

at $p < 0.05$. In conclusion, the home visit program for promoting smoking cessation applying the family medicine practice care by family care team was successful in helping clients quit smoking. Therefore, smoking cessation services together with home visit program by family care team should be provided in all primary care settings.

Keywords : Home visit program; Smoking cessation; Primary care unit; Family medicine

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก โดยส่งผลเสียทั้งด้านสุขภาพของผู้สูบเอง สมาชิกภายในครอบครัว รวมไปถึงสังคมที่อาศัยอยู่ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 4 ล้านคนทั่วโลก หรือวันละ 11,000 คน⁽¹⁾ จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 พบว่าจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) แยกเป็นผู้ที่สูบประจำ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 16.8) และเป็นผู้ที่สูบนานๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 22 เท่า (ร้อยละ 37.7 และ 1.7 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 24.5) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.1)⁽²⁾ โดยพบว่ามีประชากรถึง 6.4 ล้านคน (ร้อยละ 11.5) มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่วัยนำไปสู่การเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง จากข้อมูลปี 2560 พบคนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่รวม 72,656 คน โดยร้อยละ 49 เสียชีวิตจากโรคปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ คือ เป็นมะเร็งปอด 13,727 คน ถุงลมโป่งพอง 10,852 คน โรคปอดอักเสบและวัณโรคปอด 10,833 คน รวมเท่ากับ 35,412 คน ซึ่งหากรวมจำนวนคนไทยที่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองปีละ 8,278 คน ที่ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคปอดแล้ว จะรวมเป็นคนไทยที่เสียชีวิตจากโรคปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละกว่า 4 หมื่นคน⁽³⁾ นอกจากบุหรี่จะทำคนไทยเสียชีวิตปีละหลายหมื่นคนแล้ว ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งจากค่ารักษาพยาบาลปีละ 77,626 ล้านบาท ความสูญเสียจากการที่ต้องขาดรายได้เนื่องจากเจ็บป่วยปีละ 11,762 ล้านบาท และความสูญเสียอันเกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรปีละ 131,073 ล้านบาท หรือคิดเป็นความสูญเสียรวมทั้งหมดปีละ 220,461 ล้านบาท (หรือเฉลี่ย 20,565 บาทต่อผู้สูบบุหรี่ 1 คนต่อปี)⁽⁴⁾

เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา จัดว่าอยู่ในเขตสุขภาพที่มีอัตราประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงสูงอันดับที่ 1 ใน 13 เขต โดยมีจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่เป็นประจำและดื่มสุราสม่ำเสมอ จำนวน 417,578 ราย (ร้อยละ 9.0)⁽²⁾ และพบว่าปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในอันดับที่ 3 จากทั้งหมด 12 เขต โดยมีจำนวน 15,293 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 และ 2560 คือ 12,510

และ 13,805 รายตามลำดับ⁽⁵⁾ โรงพยาบาลโนนไทย เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียง ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลโนนไทยมีผู้เสพยาเสพติดบุหรี่ยังได้รับการบำบัดทั้งสิ้น 229 ราย สามารถเลิกสูบได้สำเร็จเพียง 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.66 ส่วนหนึ่งของผู้บำบัดไม่สำเร็จพบว่า ขาดความต่อเนื่องในการเข้ารับการบำบัด อุปสรรคหลักของการเข้ารับการบำบัดได้แก่ เรื่องของระยะทางในการมารับบริการ ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการเดินทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการในแต่ละครั้งยาวนาน

ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ได้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว โดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม⁽⁶⁾ เพื่อปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มวัย ให้เป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน ทัวถึง และมีคุณภาพ ในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2562 ได้มีการประกาศ “พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ”⁽⁷⁾ ในราชกิจจานุเบกษา กำหนดให้สิทธิกับคนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นทีมหมอประจำครอบครัวภายใน 10 ปี โดยในปี พ.ศ. 2564 มีทีมหมอครอบครัวที่ขึ้นทะเบียนแล้วทั่วประเทศ จำนวน 2,690 ทีม⁽⁸⁾ ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 9 มีคลินิกหมอครอบครัวแล้วทั้งสิ้น 290 แห่ง⁽⁸⁾ อำเภอนโนไทยเริ่มดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1 แห่ง คือ คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต. ไหมนารี ให้บริการประชาชนในพื้นที่จำนวน 8,881 ราย⁽⁹⁾

การจัดบริการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้เสพยาเสพติดบุหรี่ยังสามารถเข้าถึงการบำบัดได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว โดยจัดทีมหมอครอบครัว ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว⁽¹⁰⁾ คือการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของครอบครัว การดูแลติดตามผู้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องโดยใช้การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่สำคัญ ส่งผลต่อพฤติกรรม การสูบและความสำเร็จต่อการเลิกสูบบุหรี่^(11,12) ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการประยุกต์ใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนในชุมชน โดยให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.ไหมนารี ตำบลกำปัง อำเภอนโนไทย จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ยัง ค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ประชาชนที่สูบบุหรี่ทั้งหมดในอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่สูบบุหรี่และอาศัยอยู่ในตำบลลำปำและตำบลอื่นๆ ในอำเภอโนนไทย ในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีคุณสมบัติดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันในระยะเวลาภายใน 1 เดือน (3) มีระดับการติดยาหรือโดยประเมินด้วยแบบทดสอบการติดยาหรือ Fagerstrom Test for Level of Nicotine Dependence (FTND)⁽¹³⁾ ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป (4) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนเกณฑ์คัดเลือกรับได้แก่ (1) ย้ายที่อยู่อาศัยไปที่อื่น (2) มีความประสงค์ยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสัดส่วนกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยแทนค่าสูตรจากการศึกษาของ ประชพร กลีบประทุม⁽¹⁴⁾ เมื่อกำหนดค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96) ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% (0.84) ได้จำนวน 19 คน ต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันปัญหาการสูญหาย จึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 โดยใช้สูตร
$$n_{adj} = \frac{n}{(1-d)^2}$$
 ได้จำนวน 30 คนต่อกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูบบุหรี่ในชุมชนตำบลลำปำ จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูบบุหรี่ในตำบลอื่นๆ ในอำเภอโนนไทยจำนวน 30 คน รวม 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1) โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำแนวทางการเลิกบุหรี่ จากพยาบาลประจำคลินิก สื่อแผ่นพับเกี่ยวกับโทษของบุหรี่และเทคนิคแนวทางวิธีการเลิกบุหรี่ ยาที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน, Nortriptyline, ชาชงหญ้าดอกขาว เครื่องวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ piCO™ Smokerlyzer⁽¹⁵⁾ ซึ่งใช้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2) โปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว จัดให้มีการเยี่ยมในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1.1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

1.2) ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ

1.3) แบบสอบถามทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (Rating scale) โดยคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1 คะแนน

2) แบบบันทึกการติดตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ โดยบันทึกข้อมูล ดังนี้

2.1) จำนวนบุหรี่ที่สูดต่อวันและต่อสัปดาห์

2.2) ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ที่ได้จากการตรวจวัดโดยเครื่องตรวจระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ piCO™ Smokerlyzer®⁽¹⁵⁾ ก่อนและหลังเริ่มโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 6 โดยแบ่งกลุ่มและแปลผลระดับคาร์บอนมอนอกไซด์⁽¹⁶⁾ ดังนี้

ระดับค่าคาร์บอนมอนอกไซด์ 0-6 ppm	หมายถึง	ไม่สูบบุหรี่
7-10 ppm	หมายถึง	สูบบุหรี่น้อย
> 11 ppm	หมายถึง	สูบบุหรี่มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบทดสอบวัดระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Level Nicotine Dependence) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต⁽¹³⁾ เป็นแบบประเมินความรุนแรงในการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่เป็นเครื่องมือที่ผู้พัฒนาได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำมาใช้โดยไม่ได้อดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. แบบสอบถามทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (Rating scale) โดยมีค่าตั้งแต่ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) ถึง 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการ จำนวนมวนบุหรี่และระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่และค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทดลองและการเก็บข้อมูล โดยได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยระหว่างทดลองผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะยุติโปรแกรมเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลรวมถึงการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 รับรองเลขที่ NRPH 066

ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองตั้งแต่ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ โดยมีการวัดผล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์แรก และหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 รวม 4 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยกับหัวหน้าคลินิกหมอครอบครัว รพ.สต. ไหม่นารี ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อขอความร่วมมือและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด อธิบายขั้นตอนการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ขั้นทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 หลังได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยทำการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ทศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและต่อทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ และวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (Carbon monoxide) ที่ได้จากการตรวจวัดโดยเครื่องตรวจระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ piCO™ Smokerlyzer®⁽¹⁵⁾ พบพยาบาลประจำคลินิกเพื่อประเมินและให้คำแนะนำ ตามแนวทาง 5A และ 5R ให้แผ่นพับโทษของบุหรี่ แนวทางและเทคนิควิธีการเลิกบุหรี่ กลุ่มทดลองจะได้พบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกหมอครอบครัวเพื่อประเมิน โดยใช้หลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center method) และจัดทำผังเครือญาติ (Family genogram) เสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ตกลงแนวทางและวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้สูบบุหรี่ เพื่อกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่ พิจารณาช่วยเลิกบุหรี่ เริ่มต้นด้วยชาชงหญ้าดอกขาวหรือยา Nortriptyline (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ก่อนวันนัดหมายหยุดบุหรี่อย่างน้อย 1 สัปดาห์ นัดหมายวันเวลา

การเยี่ยมที่บ้าน รวมใช้ระยะเวลาประมาณ 30-60 นาที ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ รพ. โนนไทย ตามโปรแกรมเลิกบุหรี่ปกติของทาง รพ. และพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำโรงพยาบาล โนนไทย และได้รับยาช่วยเหลือการบำบัดเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลประจำ รพ.สต. ไหม่นารี เกษัชกร อสม. ประจำพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ทีมสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้ทักษะการสื่อสาร (Basic communication skills) ทีมสอบถามความรู้สึก ความคิดของสมาชิกในครอบครัวในมุมมองของตนที่มีต่อผู้ป่วย ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพิ่มเติมจากผังเครือญาติ ค้นหาแรงจูงใจเสริมในครอบครัว ประเมินตามหลัก INHOMESSS⁽¹⁰⁾ สอบถามปริมาณการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer® แจ้งผลและแปลผลการตรวจวัดให้ผู้ป่วยทราบ ในกรณีผู้ป่วยหยุดบุหรี่ได้แล้ว ทีมกล่าวชื่นชมและวางแผนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ กรณียังหยุดสูบบุหรี่ไม่ได้ ทีมวางแผนตกลงกำหนดการวันหยุดบุหรี่อีกครั้ง แพทย์พิจารณา ยาชาขงหญ้าดอกขาว หมายฝรั่งนิโคติน หรือยา Nortriptyline ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย บันทึกผลในแบบบันทึก ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ในกลุ่มเปรียบเทียบ เข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ ใน รพ. โนนไทย พบพยาบาลประจำคลินิก เก็บข้อมูลจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer® แจ้งผลและแปลผลการตรวจวัดให้ผู้ป่วยทราบ ให้คำแนะนำ และพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำ รพ. พิจารณายาช่วยเหลือเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มทดลอง ทีมหมอครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ทีมเก็บข้อมูล จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ในปัจจุบัน ตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer® บันทึกผลในแบบบันทึกชุดเดิม ในกรณีผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้แล้ว ทีมกล่าวชื่นชมและวางแผนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ กรณีผู้ป่วยยังไม่สามารถหยุดบุหรี่ได้ ทีมสอบถามอุปสรรค และสาเหตุที่เป็นปัญหาทั้งในมุมมองของผู้สูบเองและของสมาชิกในครอบครัว ทีมให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และหาแนวทางการแก้ไข ทีมวางแผนร่วมกับครอบครัว (Family meeting) เพื่อหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพิจารณาปรับเปลี่ยนขนาดชนิดยาเพิ่มเติม ตกลงนัดหมายวันหยุดสูบบุหรี่ใหม่ ในกลุ่มเปรียบเทียบ เข้ารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ใน รพ. โนนไทย พบพยาบาลประจำคลินิก เก็บข้อมูลจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer® แจ้งผลและแปลผลการตรวจวัดให้ผู้ป่วยทราบ กรณีไม่สามารถหยุดบุหรี่ได้ พยาบาลประจำคลินิกให้คำแนะนำและช่วยเหลือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปประจำ รพ. พิจารณายาช่วยเหลือเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 (สิ้นสุดการศึกษา) ในกลุ่มทดลอง ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ทีมเก็บข้อมูล จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ในปัจจุบัน ตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจด้วยเครื่อง piCO™ Smokerlyzer®

บันทึกลงในแบบบันทึกชุดเดิม ในกรณีหยุดสูบบุหรี่ได้แล้วหรือยังไม่สามารถหยุดบุหรี่ได้ ทีมปฏิบัติเช่นเดียวกันกับในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ทีมทำการนัดหมายครั้งถัดไป (กรณีประสงค์บำบัดการสูบบุหรี่ต่อเนื่อง) ในกลุ่มเปรียบเทียบกิจกรรมเช่นเดียวกันกับสัปดาห์ที่ 4

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 88.3 เพศหญิง ร้อยละ 11.7 มีอายุเฉลี่ย 49.5 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาสูงสุด คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.7

2. ทักษะของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่า สมาชิกครอบครัวสนับสนุนให้เข้ารับการบำบัดเลิกบุหรี่ ($\bar{X}=4.37$) สมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจเลิกบุหรี่ ($\bar{X}=4.12$) สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ($\bar{X}=3.9$) การเลิกบุหรี่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น ($\bar{X}=4.33$) และการเลิกบุหรี่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุขเพิ่มขึ้น ($\bar{X}=4.28$) ทักษะของผู้สูบบุหรี่ต่อทีมผู้ให้บริการ พบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ควรจะมีบริการช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น รพ.สต. ($\bar{X}=4.17$) การมียาและเทคนิคในการช่วยเลิกบุหรี่มีความสำคัญต่อการช่วยเลิกบุหรี่ ($\bar{X}=3.97$) การมีทีมผู้ให้บริการติดตามอย่างต่อเนื่องมีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.03$) การมีสถานบริการเลิกบุหรี่ใกล้บ้านมีผลต่อการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.10$) การมีสถานบริการอยู่ใกล้บ้านช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ($\bar{X}=4.07$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ (n=60)

ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยที่สุด	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	การแปลผล
1. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนท่าน ให้เลิกสูบบุหรี่	28	28	3	0	1	4.37	0.74	เห็นด้วย
2. ท่านคิดว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนให้ท่าน “ตัดสินใจเลิกบุหรี่”	16	36	7	1	0	4.12	0.67	เห็นด้วย
3. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่าน “เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ”	10	35	14	1	0	3.9	0.68	เห็นด้วย

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิกในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ (n=60)

ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ต่อสมาชิก ในครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ เลิกสูบบุหรี่	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย มาก ที่สุด	คะแนน เฉลี่ย ($\bar{x}$)	SD	การ แปล ผล
4. ท่านคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดีขึ้น	25	30	5	0	0	4.33	0.63	เห็น ด้วย
5. ท่านคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ สมาชิกในครอบครัวมีความสุข เพิ่มขึ้น	22	34	3	1	0	4.28	0.64	เห็น ด้วย
6. ท่านคิดว่าควรจัดให้มีบริการ ช่วยเลิกสูบบุหรี่ในสถานบริการ สาธารณสุขใกล้บ้าน อย่างเช่น รพ.สต. ทุกๆ แห่ง	17	38	4	0	1	4.17	0.69	เห็น ด้วย
7. ท่านคิดว่ายาและเทคนิคในการ ช่วยเลิกบุหรี่มีความสำคัญต่อ การช่วยในการเลิกสูบบุหรี่	13	34	12	0	1	3.97	0.76	เห็น ด้วย
8. ท่านคิดว่าการมีทีมแพทย์ติดตาม การบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบ บุหรี่	11	43	4	1	1	4.03	0.69	เห็น ด้วย
9. ท่านคิดว่าการมีสถานบริการ เลิกบุหรี่ใกล้บ้านมีส่วนช่วย ให้ท่าน “ตัดสินใจ” เลิกบุหรี่	17	34	8	0	1	4.10	0.75	เห็น ด้วย
10. ท่านคิดว่าการมีสถานบริการ เลิกบุหรี่ใกล้บ้านช่วยให้ท่าน “ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ”	17	31	11	1	0	4.07	0.73	เห็น ด้วย

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ ≤ 10 มวน/วัน ร้อยละ 70 บุหรี่ที่สูบเป็นบุหรี่ตามยี่ห้อ ร้อยละ 63.33 อายุที่เริ่มสูบครั้งแรก 15-25 ปี ร้อยละ 76.67 ระยะเวลาการสูบบากกว่า 10 ปี ร้อยละ 83.33 เหตุผลที่สูบบุหรี่คือ เคยชิน/หงุดหงิด ร้อยละ 83.33 เคยพยายามเลิกสูบ ร้อยละ 86.67 เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพตนเอง ร้อยละ 50

มีระดับการติดยาโคตินปานกลาง ร้อยละ 96.67 กลุ่มเปรียบเทียบสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ≤ 10 มวน/วัน ร้อยละ 80 บุหรี่ที่สูบเป็นบุหรี่ตามยี่ห้อ ร้อยละ 50 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 15-25 ปี ร้อยละ 60 ระยะเวลาการสูบ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.67 เหตุผลที่สูบบุหรี่คือ เคยชิน/หยุดหงิด ร้อยละ 76.67 เคยพยายามเลิกสูบ ร้อยละ 70 เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพตนเอง ร้อยละ 66.67 มีระดับการติดยาโคติน ปานกลาง ร้อยละ 96.67

4. ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่(มวน)ต่อวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีจำนวนลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ (มวน) ต่อวัน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=60$)

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	10.57	4.07	8.77	4.96	1.54	0.06
หลังการทดลอง	1.85	2.41	3.00	2.48	1.82	0.04

5. ค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=60$)

ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) ในลมหายใจ (ppm)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	14.10	4.56	11.77	7.60	1.44	0.08
หลังการทดลอง	3.17	2.73	6.07	4.52	3.01	0.00

6. พฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ได้จำนวน 16 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 7 ราย กลุ่มทดลองสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=60$)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สูบบุหรี่	14	46.67	23	76.67	0.02
ไม่สูบบุหรี่	16	53.33	7	23.33	

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทุกวัน จำนวนบุหรี่ที่สูบ ≤ 10 มวน/วัน ประเภทบุหรี่เป็นบุหรี่ตามยี่ห้อ อายุที่เริ่มสูบครั้งแรก 15-25 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ > 10 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่คือ เคยชิน/หงุดหงิด เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อน เหตุผลสำคัญที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ คือเพื่อตนเอง รองลงมาคือเพื่อครอบครัว ระดับการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้หยุดบุหรี่ได้สำเร็จ 16 คน (ร้อยละ 53.33) เป็นผู้ตัดสินใจ ระดับปานกลางทั้งหมด ค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ ภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ค่าเฉลี่ยระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมุติฐานว่า การจัดบริการคลินิกเลิกบุหรี่ ให้สามารถเข้าถึงการบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ร่วมกับการใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว โดยจัดทำโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม (PCM) ทีมได้เห็นมุมมองของผู้สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ ค้นหาความหมาย ความรู้สึก ความคาดหวังของการสูบบุหรี่ (Explore both disease and illness) การเข้าใจบริบททั้งทางด้านบุคคล ครอบครัว และสังคม ที่ส่งผลต่อการใช้บุหรี่ ความเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยของตนกับบุหรี่ในความคิด ความรู้สึกของผู้สูบ (Understand the whole person) นำมาซึ่งการเรียนรู้และสรุปปัญหาร่วมกับการตั้งเป้าหมาย การวางแผนเพื่อเลิกบุหรี่ร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้สูบบุหรี่ (Find common ground) อย่างต่อเนื่องและการค้นหาวิธีในการป้องกันการกลับมาสูบซ้ำและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพป้องกันโรคให้แก่ผู้รับการบำบัด (Incorporate prevention and health promotion) เป็นกระบวนการตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้สูบบุหรี่ (Enhance doctor-patient relationships) อีกทั้งกระบวนการดังกล่าวยังสามารถปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมกับ

ผู้สูบบุหรี่ในแต่ละราย (Being realistic) ซึ่งทำให้เพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gould⁽¹⁷⁾ ศึกษาเรื่อง Patient-centered tobacco management (PCTM) พบว่าการใช้ PCTM อาจเพิ่มโอกาสของการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และยังช่วยเหลือทีมบุคลากรในการบำบัดผู้สูบบุหรี่ นอกจากนี้กระบวนการ PCM แล้วกระบวนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งถือเป็นเครื่องมืออันทรงพลังอย่างหนึ่งทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่ช่วยให้การบำบัดผู้สูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับผลการประเมินทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ ที่เห็นด้วยว่าการมีทีมผู้ให้บริการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chouinard & Robichaud⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าทำให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ฤทัย ธงศรี และพะยอม สุขเอนกนันท์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าทำให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรปฐมภูมิที่บ้าน จำนวน 6 ครั้ง สามารถช่วยผู้สูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 65.63 การเยี่ยมบ้านนั้นทำให้ทีมผู้บริการได้พบกับสมาชิกในครอบครัวผู้สูบบุหรี่ ซึ่งครอบครัวได้มีส่วนร่วมกับการทีมในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ ร่วมวางแผน รักษา ติดตาม เป็นแรงจูงใจและกำลังใจที่สำคัญ สอดคล้องกับผลการประเมินทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ที่เห็นด้วยว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่และช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กาศสมบูรณ์ และถาวร ล่อกา⁽²⁰⁾ ที่พบว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในด้านการชักชวนและการช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ วิริยะไชโย และอภิสดี แซ่ลิ่ม⁽²¹⁾ ที่พบว่าครอบครัวเป็นแรงจูงใจอันดับต้นในการเลิกสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษา สธิตา สมควรดี⁽²²⁾ เรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจ และปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พบว่าความรัก ความห่วงใยต่อสุขภาพตนเอง และครอบครัวมีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถานบริการคลินิกหมอครอบครัว รพ.สต. หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ทุกแห่ง ควรจัดให้มีบริการ บำบัดช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ เนื่องจากสถานบริการคลินิกหมอครอบครัว ส่วนใหญ่ ยังไม่มีการบริการด้านการบำบัดช่วยเหลือสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ การจัดให้มีบริการเลิกสูบบุหรี่ และการประกาศให้ประชาชนทั่วไปรับทราบว่า สถานบริการใกล้บ้านนั้น พร้อมทั้งจะช่วยเหลือการบำบัด จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างรวดเร็วและสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ลดอุปสรรคด้านระยะทาง

1.2 หน่วยงาน รพ. แม่ข่าย ควรสนับสนุน ยาและเวชภัณฑ์ ที่ใช้สำหรับ ช่วยบำบัดเลิกบุหรี่ ปัจจุบันยังมีสถานบริการ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว หลายแห่ง ที่ยังขาดการสนับสนุน ยาและเวชภัณฑ์สำหรับการบำบัด

1.3 เพิ่มความรู้ ทักษะ การช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่ให้กับ บุคลากรในสถานบริการคลินิก หมอครอบครัวทุกแห่ง เนื่องจากการช่วยบำบัดเลิกสูบบุหรี่นั้น ส่วนใหญ่ยังอยู่ในสถานบริการ โรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิขึ้นไป จึงควรเสริมความรู้ และทักษะ ในการช่วยเหลือบำบัดผู้เสพติดบุหรี่ เพื่อให้ทีมบุคลากร ระดับปฐมภูมิเกิดความมั่นใจในการให้บริการ รวมถึงวิธีการใช้ยาต่าง ๆ ควรจัดให้มีการอบรมเพื่อ เพิ่มศักยภาพให้กับทีมบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัวทุกแห่ง

1.4 จัดให้มีโปรแกรมเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว และบูรณาการในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ ส่งเสริมการรักษาโรคให้มีประสิทธิผลและทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา การประเมินผลการเลิกบุหรี่ โดยเพิ่มระยะเวลาในการติดตามนานขึ้น เพื่อประเมินพฤติกรรมการกลับมาใช้บุหรี่ซ้ำและหาแนวทางแก้ไขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโนนไทย ผู้อำนวยการ คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลใหม่นาริ ตำบลก้างปิง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และคอยช่วยเหลือประสานงานในด้านต่างๆ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ฝ่ายข้อมูลและเผยแพร่ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. บุหรี่จืดแต่เจ็บ(ป่วย). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ พิมพ์ดี; 2547.
2. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
3. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ ประชากร พ.ศ. 2560 THE SMOKING AND DRINKING BEHAVIOUR SURVEY 2017. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
4. บุหรี่เผาปอดคนไทยเสียชีวิตกว่า 4 หมื่นคน [อินเทอร์เน็ต]. หนังสือพิมพ์บ้านเมือง. 2562 พฤษภาคม 21 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 15]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29726>

5. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 15]. เข้าถึงได้จาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
6. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/home>
7. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136, ตอนที่ 56 ก (ลงวันที่ 30 เมษายน 2562).
8. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/210915163169178012.pdf
9. คลินิกหมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://pcc.moph.go.th/pcc/dashboard>
10. สายพิน หัตถิรัตน์. เวชศาสตร์ครอบครัวแนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
11. เดือนทิพย์ เขมมโอบาส, พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ. ประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อครอบครัวไทยไร้ควันบุหรี่. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558;26:81-63
12. Huang FF, Jiao NN, Zhang LY, Lei Y, Zhang JP. Effects of a family-assisted smoking cessation intervention based on motivational interviewing among low-motivated smokers in China. Patient Education and Counseling 2015;98:984-90.
13. Srisuklorm S, Kalayasiri R. Motivation to change smoking behavior of smokers at the Check - Up Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Journal of Medical Bioscience 2019;1:61-9.
14. ปรัชพร กลีบประทุม, ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2559;3(4):30-40.

15. piCOTM Smokerlyzer [Internet]. England: Bedfont Scientific Ltd; c2021 [update 2022 Jan 20]. Available from: <https://www.bedfont.com/pico>
16. Jarvis MJ, Belcher M, Vesey C, Hutchison DC. Low cost carbon monoxide monitors in smoking assessment. *Thorax* 1986;41:886–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC460516/>
17. Gould G. Patient-centred tobacco management. *Drug and alcohol review* 2013;33. Available from: https://www.researchgate.net/publication/258821978_Patient-centred_tobacco_management
18. Chouinard MC, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research* 2005;54:243–54.
19. ทิพย์ฤทัย ธงศรี, พยอม สุขเอนกนันท์, สันติภาพ สุขเอนกนันท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อครอบครัวปลอดบุหรี่โดยเภสัชกรปฐมภูมิ. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2564;13:112–26. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/207467>
20. กรรณิการ์ กาศสมบุรณ์, ถาวร ล่อกา, อีรารัตน์ บุญกุนะ, วีระชัย เชื้อนแก้ว. การรับรู้อิทธิพลของครอบครัวต่อการเลิกสูบบุหรี่ในครอบครัว Family Influence on Smoking Cessation. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ การพัฒนาศักยภาพมนุษยทุกช่วงวัยโดยบูรณาการสหวิชาชีพ มุมมองด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพ และการพยาบาล; วันที่ 23 – 24 ธันวาคม 2556; อาคารโอฟาร์โรจน์หิรัญ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพปาก. ลำปาง; มหาวิทยาลัย; 2556. เข้าถึงได้จาก https://administer.pi.ac.th/uploads/pisite/PIEiS/KPI_2/doc/8863_1106_2014-03-21.pdf
21. วิไลวรรณ วิริยะไชโย, อภิรดี แซ่ลิ้ม. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์ และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2549;3:205–14.
22. สติตา สมควรดี. การเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจและปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ. การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7. กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่างกาย ต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

ญาภัทร นิยมสัตย์ พย.ม.*^a, วิจิตรา นวนันทวงศ์ พย.ม.* ,
พิชญานันท์ แก้วอำไพ พย.ม.*, ปิยนุช ภิญโญ พย.ม.** ,
มลธิชา คงชนะ พย.บ.***, พัชร ศิริวงศ์ พย.บ.*** ,
แพรวรินทร์ จันทามเรียน พย.บ.***, ภัทรสินี คำโสภา พย.บ.*** ,
ภัทรดา ลัดดี พย.บ.***, รัชนก ประไกรวัน พย.บ.***, รุ่งตะวัน เนียนกระโทก พย.บ.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่างกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้โดยอิสระ อาศัยอยู่หมู่บ้านกระพี้ และบ้านสระพะเนียด ตำบลหนองบัวสะอาด อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 44 ราย โดยสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย คล้ายคลึงกันในด้านเพศ และอายุ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสัปดาห์ละ 5 ครั้งๆ ละ 30 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมออกกำลังกายตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยวัดส่วนสูงและคู่มือการออกกำลังกายด้วยร่างกาย แผนการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสมรรถภาพทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบค่าที ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายหลังได้รับโปรแกรม ด้านความแข็งแรง ความอดทนของกล้ามเนื้อแขน ขา ความอ่อนตัวของหลัง สะโพก และกล้ามเนื้อขาส่วนหลัง ความอ่อนตัวของหัวใจ (มีอวัยวะอยู่บน) การทรงตัว ความอดทนของหัวใจและระบบไหลเวียนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่างกาย, สมรรถภาพทางกาย, ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

***บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

^a Corresponding author ญาภัทร นิยมสัตย์ E-mail : kanyapat@knc.ac.th

รับบทความ: 7 มี.ค. 65; รับประทานแก้ไข: 15 เม.ย. 65; ดอรับตีพิมพ์: 15 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 8 พ.ค. 65

Effects of Ram Wong Conga Exercise on Physical Fitness Among Older Persons in Nakhon Ratchasima

Yapat Niyomsat, MNS^{*a}, Wichitra Nawanantawong, MNS^{*},
Phitchayanat Keawampai, MNS^{*}, Piyanuch Phinyo, MNS^{**},
Monticha Kongchana, BNS^{***}, Patcharee Siriwong, BNS^{***},
Praewarin Jankhamrian, BNS^{***}, Phatsinee Khumsopha, BNS^{***},
Pattraa Luddee, BNS^{***}, Radchanok Prakraiwan, BNS^{***},
Rungtawaan Niankratok, BNS^{***}

Abstract

This quasi-experimental study of two-group with pre-test and post-test design aimed to examine effects of Ram Wong Conga exercise program on physical fitness among older persons in Nakhon Ratchasima. The study samples were consists of older persons who were able for independent self-care from Krap and Srapaniod village, Nong Bua Sa-ad sub-district, Bua Yai district, Nakhon Ratchasima. Subjects were purposively selected by simple random sampling and were assigned into experimental (n=22) and control groups (n=22). The two groups were matched by gender and age. The experimental group participated in program that lasted 30 minutes per session, five times per week for 2 weeks, while the control group participated in regular exercise programs. The instruments used in this study were consisted of exercise video and exercise guide with Ram Wong Conga, health education and counseling plan, the demographic data recording form, and physical fitness test for older persons. Data were analyzed using descriptive statistics and hypotheses were tested by t-test. The results revealed that the mean score concerning the aspect of physical fitness after performing in

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khonkaen

*** Bachelor of Nursing Science Graduate, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author : Yapat Niyomsat Email : kanyapat@knc.ac.th

Received: Mar. 7, 22; Revised: Apr. 15, 22; Accepted: Apr. 15, 22; Published Online: May 8, 22

program had significantly higher average scores of strength and endurance of the arm and leg muscles, flexibility of the shoulder (when right hand is on the top), flexibility of the back, hips, leg muscles and ability to balance and cardiovascular endurance at the significant level of $p=0.05$. Therefore, the exercise program can be used as a guideline in promoting health in the older persons.

Keywords : Ram Wong Conga Exercise Program, Physical Fitness, Older persons

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) เนื่องจากมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากรายงานแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบันผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี ค.ศ. 2010 มีจำนวนผู้สูงอายุ 524 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8 ของประชากรโลกทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2050 จะมีจำนวนผู้สูงอายุถึง 1.5 พันล้านคน⁽¹⁻²⁾ เช่นเดียวกับในประเทศไทย ซึ่งมีการรายงานข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึง 10,225,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของจำนวนประชากรในประเทศทั้งหมด⁽³⁾ การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นนั้น ถือเป็นชัยชนะของมวลมนุษยชาติแต่ในขณะเดียวกันก็เป็นความท้าทายของแต่ละประเทศในการดูแลและคุ้มครองผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก⁽⁴⁾ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ด้วยความเสื่อมที่เกิดขึ้นประกอบกับการมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ย่อมนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพต่างๆตามไปด้วย โดยพบว่าส่วนใหญ่เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด⁽⁵⁾ รวมถึงสมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อไม่มีแรงและขาดความยืดหยุ่น การทรงตัวที่ไม่มีความสมดุล จึงเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพิงตามมา⁽⁶⁾

การออกกำลังกายนั้น ถือว่าเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่เริ่มต้นจากระดับบุคคลที่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและช่วยชะลอความเสื่อมจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ แม้ว่าการออกกำลังกายจะมีประโยชน์และเกิดผลดีในผู้สูงอายุ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุยังมีการออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการออกกำลังกายไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำท่างในการออกกำลังกายขาดความน่าสนใจและไม่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ การมีพยาธิสภาพของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง⁽⁷⁾ รูปแบบการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุสนใจจึงควรมีความสนุกสนานใช้ดนตรีประกอบการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น รำวง ลีลาศ กายบริหาร ฟ้อนเจิง ฟ้อนไทยทรงดำ เป็นต้น การออกกำลังกายโดยนำศิลปวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย

มาปรับใช้ ถือเป็นการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมและยังช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ⁽⁸⁻⁹⁾ การฟ้อนรำหรือเต้นรำเป็นการออกกำลังกายรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกต่อข้อค่อนข้างต่ำ ไม่หนักเกินไป มีการเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะของดนตรีและท่าฟ้อนรำ จึงมีความปลอดภัยและช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางกายได้อีกด้วย⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ส่วนระยะเวลาการออกกำลังกายนั้น มีหลักฐานเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 2 สัปดาห์ อาจจะมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของปุนยวีร์ ประเสริฐไทย และคณะ⁽¹³⁾ พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางที่บ้านมีระดับความดันซิสโตริกและไดแอสโตริกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 2 ($p < 0.05$)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยรำวงคองก้า ซึ่งเป็นวัฒนธรรมประจำท้องถิ่นของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยมีเนื้อหาเพลงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลัก 10 อ. ของผู้สูงอายุ มีเครื่องดนตรีและจังหวะที่สนุกสนานเพลิดเพลิน ทำรำมีเอกลักษณ์ที่โดดเด่นคือท่ายกไหล่และท่าสายสะโพก เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดตามหลักการออกกำลังกายแบบฟิตท์ (FITT) ของวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งอเมริกา⁽¹⁴⁾ ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา⁽¹⁵⁾ กล่าวคือการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้าเป็นการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เป็นการผสมผสานการออกกำลังกายประเภทแอโรบิก (Aerobic exercise) และการออกกำลังกายแบบอ่อนตัว (Flexibility exercise) ทำรำจำนวน 40 ท่า ซึ่งเน้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่ คือ กล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อไหล่ มีความหนักระดับปานกลาง ใช้เวลาออกกำลังกายทั้งหมด 30 นาทีต่อเนื่องกัน โดยประกอบด้วย 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ช่วงออกกำลังกาย 20 นาที และช่วงผ่อนคลาย 5 นาที จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และมีเพลงประกอบการออกกำลังกายที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลัก 10 อ. ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของตนเอง การใช้คำพูดชักจูงผ่านตัวแบบ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายและสาธิตการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้า และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งมอบซีดีเพลงสุขภาพ วิดีทัศน์ และคู่มือการออกกำลังกาย

เมื่อผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้มีสมรรถภาพทางกายในด้านต่างๆ ดีขึ้น ได้แก่ ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อแขน ขา ความอ่อนตัวของหัวไหล่ หลัง สะโพก และกล้ามเนื้อขา ด้านหลัง ความสามารถในการทรงตัว ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด การที่ผู้สูงอายุ

มีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น ย่อมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีความสุข และเพิ่มคุณค่าทางจิตใจที่สามารถพึ่งตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยร่าวงคองก้า
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่าวงคองก้า
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่าวงคองก้า และกลุ่มที่ออกกำลังกายตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่าวงคองก้าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่าวงคองก้า
2. สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่าวงคองก้าดีกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (Two groups pretest-posttest design) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80⁽¹⁶⁾ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (Effect size) เท่ากับ 0.50⁽¹⁷⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย⁽¹⁶⁾ กลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายโดยใช้ร่าวงคองก้า สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการออกกำลังกายตามปกติคือออกกำลังกายด้วยวิธีที่เคยปฏิบัติมา เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน หรือการปั่นจักรยาน โดยจับคู่ (Matching) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในด้านเพศ และอายุอยู่ในช่วงเดียวกันโดยมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่สามารถช่วยเหลือตนเองโดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยอิสระ อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) และสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ 2 บ้าน คือ หมู่บ้านสะพานียดและหมู่บ้านกระพี้ ตำบลหนองบัวสะอาด อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผลรวมคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

(ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จากแบบประเมินประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ Mohonney & Barthel ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ⁽¹⁸⁾ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว หรืออาการใดๆ ที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางระบบประสาท โรคระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ และโรคระบบทางเดินหายใจ หากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเป็นผู้ที่สามารถควบคุมอาการและการรักษาให้คงที่แล้ว มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยวิธีใดๆ ที่สมำเสมอและต่อเนื่อง และมีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการงานวิจัย คือ ไม่สามารถออกกำลังกายด้วยร่างทรงก้ำ ติดต่อกัน 3 ครั้งภายใน 1 สัปดาห์ มีข้อจำกัดทางด้านความสามารถในการออกกำลังกาย และถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

ในงานวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือทั้งหมด 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดของเครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. วิดีทัศน์การออกกำลังกายด้วยร่างทรงก้ำ วิธีการออกกำลังกายด้วยร่างทรงก้ำ ร่วมกับการใช้เพลงสุขภาพซึ่งในเพลงมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 10 อ. ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ. 2561 ความยาว 30 นาที

2. คู่มือการออกกำลังกายด้วยร่างทรงก้ำ ประกอบด้วยท่าออกกำลังกายด้วยร่างทรงก้ำตามหลักการออกกำลังกาย FITT ซึ่งเป็นการผสมผสานการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการยืดเหยียดร่างกาย โดยมีลักษณะเป็นท่ารำที่เน้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ คือกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อสะโพก ให้เข้ากับจังหวะและทำนองของเพลงสุขภาพ จำนวน 40 ท่า ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาร่วมกับคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขานาฏศิลป์ไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา สมาคมเพลงโคราช และเทศบาลหนองบัวสะอาด อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

3. แผนการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพ เรื่องการวัดและแปลผลความดันโลหิต การสังเกตและการดูแลเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ข้อปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และการออกกำลังกายด้วยร่างทรงก้ำสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตัวอย่างข้อคำถามคือ เพศ สถานภาพสมรส อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน โรคประจำตัว ระยะเวลาการออกกำลังกาย ฯลฯ โดยแบบสอบถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2. แบบวัดสมรรถภาพทางกาย ประกอบด้วย

2.1 แบบทดสอบความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขนในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกองวิทยาศาสตร์การกีฬา⁽¹⁹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest method) เท่ากับ 0.91

2.2 แบบทดสอบความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหัวใจในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกองวิทยาศาสตร์การกีฬา⁽¹⁹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีการทดสอบซ้ำ เท่ากับ 1

2.3 แบบทดสอบความอ่อนตัวของหลัง สะโพก และกล้ามเนื้อขาด้านหลังในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของกองวิทยาศาสตร์การกีฬา⁽¹⁹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีการทดสอบซ้ำ เท่ากับ 0.99

2.4 แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของนันทาพิพัฒน์นิชชา⁽²⁰⁾ มีค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีการทดสอบซ้ำ เท่ากับ 0.92

2.5 แบบทดสอบความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของสำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา⁽²¹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีการทดสอบซ้ำ เท่ากับ 0.99

2.6 แบบทดสอบความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของสำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา⁽²¹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีการทดสอบซ้ำ เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (COA No. 006/2561) อนุมัติวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561- 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยตลอดกระบวนการศึกษา โดยผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัยและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัยโดยจะอภิปรายเฉพาะข้อมูลในภาพรวม นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้จัดเตรียมชุดปฐมพยาบาลที่พร้อมใช้งาน หากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกินความสามารถของผู้วิจัยในการให้พยาบาล ผู้วิจัยจะทำการประสานงานไปยังระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุหรือสายด่วน 1669 ทันที

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

1.1. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในเอกสาร

1.2 ทำแบบประเมิน Pre-test ประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยประเมินสมรรถภาพทางกายก่อนเข้าร่วมการวิจัย

1.3 แจ้งให้กลุ่มควบคุมออกกำลังกายตามปกติ คือออกกำลังกายด้วยวิธีที่เคยปฏิบัติมา เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน และการปั่นจักรยาน และดำเนินชีวิตตามปกติที่เคยปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2

2.1 ประเมินสมรรถภาพทางกาย Post-test

2.2 มอบวิทยุแท่งและคู่มือการออกกำลังกายด้วยห่วงยางคองก้าให้แก่กลุ่มควบคุมเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งมีการสอนการออกกำลังกายด้วยห่วงยางคองก้า

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

1.1. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในเอกสาร

1.2 ทำแบบประเมิน Pre-test ประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยประเมินสมรรถภาพทางกายก่อนเข้าร่วมการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยบรรยายเรื่อง ข้อแนะนำการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยห่วงยางคองก้า พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

1.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นตัวแทนในการสาธิตการออกกำลังกายด้วยห่วงยางคองก้า พร้อมทั้งให้กลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับ กล่าวเสริมแรงด้วยการชื่นชม ให้กำลังใจ

1.5 กลุ่มทดลองบันทึกจำนวนครั้งที่มาเข้าร่วมออกกำลังกายด้วยห่วงยางคองก้าและอธิบายวิธีการบันทึกผลของน้ำหนัก รอบเอวและรอบสะโพกของตนเองลงในแบบบันทึกสุขภาพเพื่อเป็นการติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก รอบเอวและรอบสะโพกด้วยตนเอง

1.6 ภายหลังการฝึกจนผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายได้ถูกต้องในระดับที่ต้องการ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำออกกำลังกายด้วยห่วงยางคองก้า จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 ประเมินสมรรถภาพทางกาย Post-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. เปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้า ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายระหว่างกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้ากับกลุ่มที่ออกกำลังกายตามปกติ ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด มีการจับคู่ด้าน เพศ และมีอายุอยู่ในช่วงเดียวกันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 67 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 52.27 ไม่มีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย และไม่มีสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการออกกำลังกาย ถึงร้อยละ 59 จึงอาจส่งผลให้ร้อยละ 47.73 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100 มีอัตราส่วนรอบเอวต่อสะโพกอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงเข้าสู่ภาวะลงพุงและมีภาวะอ้วนลงพุง

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้า

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=22)		SD	t	p-value
	$\bar{X}$	SD			
1. ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขน (ครั้งต่อ 30 วินาที)					
ก่อนทดลอง	14.81	3.29	2.01	-7.84	<0.05**
หลังทดลอง	18.18	3.85			
2. ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา (ครั้งต่อ 30 วินาที)					
ก่อนทดลอง	14.46	3.20	2.40	-5.50	<0.05**
หลังทดลอง	17.27	3.72			

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้า

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=22)		SD	t	p-value
	$\bar{X}$	SD			
3. ความอ่อนตัวของหัวไหล่ (เซนติเมตร)					
3.1 มือขวาอยู่บน					
ก่อนทดลอง	-11.77	12.36	5.41	-3.11	<0.05**
หลังทดลอง	-8.18	11.34			
3.2 มือซ้ายอยู่บน					
ก่อนทดลอง	-18.55	11.94	9.19	-1.46	0.080
หลังทดลอง	-15.68	11.68			
4. ความอ่อนตัวของหลัง สะโพก และกล้ามเนื้อขาด้านหลัง (นิ้ว)					
ก่อนทดลอง	18.14	3.12	1.26	-3.85	< 0.05**
หลังทดลอง	19.17	3.64			
5. การทรงตัว* (วินาที)					
ก่อนทดลอง	11.97	2.17	1.65	9.24	< 0.05**
หลังทดลอง	8.72	1.78			
6. ความอดทนของหัวใจและระบบไหลเวียน					
ก่อนทดลอง	79.32	12.74	10.34	-5.03	< 0.05**
หลังทดลอง	90.41	12.60			

*การทรงตัว มีค่าน้อยแสดงถึงสมรรถภาพที่ดี

** p-value<0.05

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่างกายและกลุ่มที่ออกกำลังกายตามปกติ

รายการ	กลุ่มตัวอย่าง		SD	t	p-value
	$\bar{X}$	SD			
1. ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขน (ครั้งต่อ 30 วินาที)					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	18.18	3.85	4.24	2.61	<0.05**
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	15.05	4.11			
2. ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา (ครั้งต่อ 30 วินาที)					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	17.27	3.72	3.94	5.02	<0.05**
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	12.50	2.46			
3. ความอ่อนตัวของหัวไหล่ (เซนติเมตร)					
3.1 มือขวาอยู่บน					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	-8.18	11.38	12.90	2.28	<0.05**
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	-16.66	13.18			
3.2 มือซ้ายอยู่บน					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	-15.68	11.68	10.72	0.91	0.184
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	-18.63	9.71			
4. ความอ่อนตัวของหลัง สะโพก และกล้ามเนื้อขาด้านหลัง (นิ้ว)					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	19.17	3.64	3.52	0.28	0.389
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	18.86	3.47			
5. การทรงตัว (วินาที)*					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	8.72	1.78	2.52	-3.47	<0.05**
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	11.07	2.63			
6. ความอดทนของหัวใจและระบบไหลเวียน					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	90.41	12.60	18.01	6.51	<0.05**
กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม	65.18	13.11			

*มีค่าน้อยแสดงถึงสมรรถภาพทางกายที่ดี **p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยร่าวงคองก้าเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ผสมผสานระหว่างการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการยืดเหยียดร่างกาย มีความเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากพัฒนาขึ้นตามหลักการออกกำลังกายแบบ FITT ของ ACSM^(14,23) มีความหนักอยู่ในระดับปานกลาง หรือร้อยละ 40-59 ของอัตราการเต้นของหัวใจสำรอง ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการออกกำลังกาย คือ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ช่วงออกกำลังกาย (Exercise) และช่วงผ่อนคลาย (Cool down) ระยะเวลา 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์ (2 ชั่วโมง 30 นาที) ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างการออกกำลังกายจึงไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ เจ็บหน้าอก ใจสั่น ระดับความดันโลหิตขณะพักมากกว่า 200/110 มม.ปรอท ตาพร่ามัว หน้ามืด แขนขาอ่อนแรง⁽²³⁻²⁴⁾ มีดนตรีที่สนุกสนานและมีความหลากหลายของท่ามากกว่า 40 ท่าที่เน้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่ คือกล้ามเนื้อไหล่ กล้ามเนื้อสะโพก และกล้ามเนื้อขา ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงและยืดหยุ่นให้กับกล้ามเนื้อ รวมถึงมีแรงกระแทกต่อข้อที่ต่ำ เน้นการเคลื่อนไหวในวงกว้าง ผู้วิจัยพัฒนาท่าร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา และคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขานาฏศิลป์ไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ซึ่งผ่านการพิจารณาแล้วว่าเป็นท่าที่ปลอดภัยและป้องกันการหกล้มระหว่างการออกกำลังกาย ขณะเดียวกันแต่ละท่าก็มีประโยชน์ในการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออีกด้วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นทางบวก ว่าเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่น่าสนใจ สนุกสนานเพลิดเพลินเพราะได้ออกกำลังกายกับคนที่รู้จัก ได้พูดคุยและหัวเราะกัน และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการฟังเพลงที่เปิดระหว่างการออกกำลังกาย บางส่วนแสดงความคิดเห็นว่าจำนวนท่ามีหลายท่ามากเกินไป ทำให้เปลี่ยนท่าไม่ทัน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในด้านความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขน ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา ความอ่อนตัวของหลัง สะโพกและกล้ามเนื้อขาด้านหลัง ความอ่อนตัวของหัวไหล่ (มือขวายูบ่น) การทรงตัว และความอดทนของหัวใจและระบบไหลเวียน ดีวก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ด้านความอ่อนตัวของหัวไหล่ (มือซ้ายยูบ่น) ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายระหว่างกลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ด้านความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขน ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหัวไหล่ (มือขวายูบ่น) การทรงตัวและความอดทนของหัวใจและระบบไหลเวียน ดีวก่อนกลุ่มที่ออกกำลังกายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องมาจากโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยร่าวงคองก้า สร้างขึ้นตามหลักการออกกำลังกาย FITT^(14,23) ซึ่ง

เป็นการผสมผสานการออกกำลังกายประเภทแอโรบิก (Aerobic exercise) และการออกกำลังกายแบบอ่อนตัว (Flexibility exercise) โดยมีลักษณะเป็นท่ารำที่เน้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่อย่างต่อเนื่อง คือกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อสะโพก ให้เข้ากับจังหวะและทำนองของเพลง สุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความถี่ของการออกกำลังกาย (F: Frequency) 5 วันต่อสัปดาห์ ความหนักของการออกกำลังกาย (I: Intensity) ร้อยละ 40-59 ของอัตราการเต้นของหัวใจสำรอง ซึ่งถือเป็นระดับปานกลาง ระยะเวลาการออกกำลังกาย (T: Time) 30 นาที/ครั้ง ประกอบด้วย 1) ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up period) ใช้เวลา 5 นาที 2) ช่วงออกกำลังกาย (exercise period) ใช้เวลา 20 นาที 3) ช่วงผ่อนคลาย (Cool down period) ใช้เวลา 5 นาที ระหว่างออกกำลังกายผู้สูงอายุเกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลินจากการที่ได้ออกกำลังกายเป็นกลุ่มร่วมกับบุคคลที่คุ้นเคย มีปฏิสัมพันธ์กัน มีเครื่องดนตรีประกอบจังหวะที่ไพเราะ สนุกสนาน ได้แก่ โทน ฉิ่ง กรับ แคน พิณ เนื้อเพลงเป็นภาษาท้องถิ่นโคราชทำให้เข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้มีการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีการออกกำลังกายจากต้นแบบทางด้านสุขภาพ คือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มีการเสริมแรงโดยการกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และมีพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์

เมื่อมีการออกกำลังกายด้วยร่างกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด หัวใจและหลอดเลือดทำงานมากขึ้น โดยเมื่อมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ทำให้เพิ่มอัตราการเผาผลาญของเซลล์กล้ามเนื้อ ร่างกายจะมีการขนส่งและใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น หัวใจมีการบีบตัวเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจึงมีขนาดและความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้ และมีการกระจายของเลือดฝอยของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดเพียงพอ ลดโอกาสเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด^(9,25) ไม่เพียงเท่านั้นการออกกำลังกายด้วยร่างกายยังช่วยเสริมสมรรถภาพทางกายให้ดีขึ้น กล่าวคือกระบวนท่าร่างกายประกอบด้วย 40 ท่ารำ มีลักษณะของการยืดเหยียด หมุนและงอของกล้ามเนื้อใหญ่และข้อต่อต่างๆ ทั้งข้อมือ ข้อไหล่ ข้อแขน และข้อเข่า ทำให้มีการยืดของกล้ามเนื้อเกือบทุกส่วน เช่นกล้ามเนื้อแขนและกล้ามเนื้อหัวไหล่ จากการไหลเวียนของเลือดมาที่บริเวณของข้อต่อ เอ็นหุ้มข้อและกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆ ข้อมากขึ้น จึงทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ รอบๆ ข้อ มีความยืดหยุ่นและอ่อนตัวมากขึ้น นอกจากนี้การยืดเป็นการยืดค้างมากกว่า 30-60 วินาที ในแต่ละท่าได้ปฏิบัติ 5-10 ครั้ง จึงส่งผลให้กล้ามเนื้อแขนและหัวไหล่มีความยืดหยุ่นและอ่อนตัวมากขึ้น⁽¹⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลลาวัลย์ ตันติพิงศ์วิวัฒน์⁽²⁵⁾ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายแบบโบราณิกต่อความดันโลหิตและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อนึ่งยังส่งผลต่อความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขนและขา โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่อง การยืดค้างมากกว่า 30-60 วินาที ในแต่ละท่าได้ปฏิบัติ 5-10 ครั้ง ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและเกิดแรงต้าน (Resistance) และการออกแรงเพิ่มจากเดิม (Progression) จึงช่วยเพิ่มความทนทานและช่วยลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและกระดูก⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัตติกาธนะขว้าง และคณะ⁽²⁶⁾ ที่พบว่า การออกกำลังกายด้วยรำไม้พองประยุกต์กับการฟ้อนมอญเชิงเมืองน่าน ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นัยต์ชนก ถิ่นจนะ และคณะ⁽²⁷⁾ ที่พบว่า การออกกำลังกายที่บ้านโดยใช้ยางยืดสามารถเพิ่มสมรรถภาพด้านความแข็งแรงและความทนทาน ของกล้ามเนื้อในกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อีกประการหนึ่งการออกกำลังกายด้วยรำวงคงก้ายังช่วยให้มีการทรงตัวที่ดีขึ้น เพราะได้ฝึกการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและการเคลื่อนไหว โดยการฝึกการทำงานของสมองจากการสังเกตและจดจำท่าทางการเคลื่อนไหวในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านหน้า ด้านข้างและด้านหลัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจุดศูนย์ถ่วงของร่างกาย ซึ่งจังหวะดนตรีจะเป็นตัวกำหนดความเร็วของการเคลื่อนไหวโดยการให้เท้าให้สัมพันธ์กัน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมการทรงตัวให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัญญา หน่อคำ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ⁽²⁸⁾ ที่ทำการศึกษาถึงผลการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ โดยออกกำลังกายจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 40 นาที เป็นระยะเวลานาน 12 สัปดาห์ พบว่าการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนด้านความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหัวไหล่ (มือซ้ายอยู่บน) และความอ่อนตัวของหลัง สะโพก และกล้ามเนื้อขาด้านหลังที่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากมีท่ารำที่ยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนดังกล่าวเพียง 2 ท่า จาก 40 ท่า และด้วยระยะเวลาที่ใช้ 2 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอต่อการเพิ่มสมรรถภาพด้านนี้ เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีผลลัพธ์การออกกำลังกายและการฟื้นฟูร่างกายที่ค่อนข้างช้า⁽²⁹⁾ รวมถึงจากการสังเกตกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถนัดแขนข้างขวา เมื่อมีการใช้งานบ่อยๆ จะมีความแข็งแรงมากกว่าแขนข้างซ้ายที่ไม่ถนัด จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน

โดยสรุปโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรำวงคงก้ายช่วยให้สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในด้านความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อแขน ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา ความอ่อนตัวของหลัง สะโพกและกล้ามเนื้อขาด้านหลัง ความอ่อนตัวของหัวไหล่ (มือขวาอยู่บน) การทรงตัว และความอดทนของหัวใจและระบบไหลเวียน เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ทำการศึกษา ดังนั้นจึงเป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้นำการออกกำลังกายต้องฝึกตามโปรแกรมเพื่อให้เกิดความชำนาญ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบท่ารำที่เน้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลำตัวด้านหน้า ด้านข้าง กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อสะโพก และกล้ามเนื้อขาส่วนล่างเพิ่มมากขึ้น
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยรำวงคองก้า ที่เป็นการศึกษาในระยะยาวเป็น 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). United States National Institute on Aging (US NIA) eds. Global Health and Aging; 2011. Available from: URL: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2010 Revision, Volume II-Demographic Profiles. UN; 2013.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: 2561.
4. World Health Organization (WHO). The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. วิชัย เอกพลากร, วรณิ นิธิยานันท์, บัณฑิต ศรีไพศาล, ปานเทพ คณานุรักษ์. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
6. รุติมา ทาสวรรณอินทร์. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2559;5(2):119-31.
7. อมรรัตน์ เนียมสุวรรณ, นงนุช โอชะ, สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล. ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีโปงลางต่อสมรรถภาพทางกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2555;6(2):62-75.
8. หทัยชนก หมากผิน, วรณนิศา ธนัคมเสถณี, ทิพย์สุดา บานแย้ม, สัตพร เจริญสุข, ทิพย์สิดา แก้วหนองเสม็ด. ผลของการออกกำลังกายแบบฟิตเนสไทยทรงดำประยุกต์ต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563;26(1):28-41.

9. พิมพ์กา ปัญญาใหญ่. การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555;35(2):140-8.
10. กัตติกา ธนะขำ, จันทนา รัตนวิฑูรย์. ผลของการรำไม้พลองมอญเชิงเมื่อนานต่อสมรรถภาพทางกาย และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ. วารสารพยาบาลสาร. 2556;40(2):148-61.
11. Dogru-Huzmeli E, Fansa I, Cetisli-Korkmaz N, Oznur-Karabicak G, Lale C, Gokcek O, Cam Y. Dancing: More than a therapy for patients with venous insufficiency. Vascular. 2020 Jan 2;1708538119893534.
12. Roberts CK, Chen AK, Barnard RJ. Effect of a short-term diet and exercise intervention in youth on atherosclerotic risk factors. Atherosclerosis. 2007 Mar 1;191(1):98-106.
13. ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, จอม สุวรรณโณ, จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์. ผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง. Thai Journal of Nursing Council. 2012 Sep 11;25(4):80-95.
14. Riebe D, Ehrman JK, Liguori G, Magal M, American College of Sports Medicine, editors. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
15. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. American psychologist. 1989 Sep;44(9):1175.
16. Burns N, Grove SK. The concepts of measurement. Burns N, Grove SK.(Eds). The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence, 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2009:319-41.
17. Cohen J. A power primer. Psychological bulletin. 1992 Jul;112(1):155.
18. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, Bunnag S. Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangkaet. 1994 May;77(5):231-8.
19. การกีฬาแห่งประเทศไทย. การศึกษาสมรรถภาพของประชาชนไทยโดยการทดสอบสมรรถภาพอย่างง่าย, SATST สำหรับผู้สูงอายุ 60-89 ปี [อินเทอร์เน็ต]. สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา. 2546. เข้าถึงได้จาก: <https://www.scribd.com/doc/78227047>

20. นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. ผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อการก้าวเดินและการทรงตัวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549
21. สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา, กรมพลศึกษา. แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ 60-89 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2559
22. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. หลัก10.การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มี.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/40299-หลัก%2010%20อ.%10.การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.html>.
23. American College of Sports Medicine. ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
24. ปิยะภัทร เดชพระธรรม. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2556: 399-424.
25. วิลาวัลย์ ตันติพงศ์วิวัฒน์. ผลของการออกกำลังกายแบบโนราบิกต่อความดันโลหิตสูงและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553.
26. กัตติกา ธนะขว้าง, ผ่องใส กันทเสน, รัตนากร ยศอินทร์. การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองประยุกต์กับฟิสิกส์เชิงน้ำหนักต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2555;27(2):81-93.
27. นัยตชนก ถิ่นจะนะ, ขนิษฐา นาคะ, ไหมไทย ศรีแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านโดยใช้ยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561; 38(2):70-8.
28. Nokham R, Panuthai S, Khampolsin T. Effect of square-stepping exercise on balance among older persons. Nurs J. 2016;43:58-68.
29. เกศินี แซ่เลา, วิจิต คณิงสุขเกษม. ผลของการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน การเดิน และการเดินตามด้วยการแกว่งแขนที่มีต่อสมรรถนะของผู้สูงอายุหญิง. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. 2555;13(1):92-103.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง^{*า}, จิราพร วรวงศ์^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน รับบริการที่คลินิกเบาหวาน รพสต. จ.อุดรธานี ศึกษาวิจัยช่วง มค.63-กย.63 เครื่องมือการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีค่าความเที่ยง 0.84 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (69.81% ; $\bar{X}=163.35$, $SD=14.88$) คะแนนเฉลี่ยสูงสุดด้านการอ่านศัพท์พื้นฐานการแพทย์ (82.77% ; $\bar{X}=54.63$, $SD=5.63$) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดด้านความสามารถการอ่านและเข้าใจตัวเลข (38.38% ; $\bar{X}=3.07$, $SD=1.17$) พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.13$, $SD=0.80$) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่าเพศ ($r=0.450$) และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาของ รพ.สต. ($r=0.302$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.236$) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($r=0.359$) ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.; เบาหวานชนิดที่ 2; ผู้สูงอายุ

* ปรัชญาคุณภักดิ์ (การพยาบาล), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี

^า Corresponding author : ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง Email : csom02@bcnu.ac.th

รับบทความ: 24 มี.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 16 เม.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 16 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 พ.ค. 65

Associations between Health Literacy and Health Behaviors 3E 2S among Elderly with type 2 Diabetes Mellitus

Chaweewan Sridawruang^{*a}, Chiraporn Worawong^{*}

Abstract

This descriptive research aimed to explore associations between health literacy and health behaviors (3E 2S) among elderly with type 2 diabetes mellitus. Participants were 96 elderly patients receiving diabetes health services at tambon health promoting hospitals in Udon Thani province. The study was conducted during January and September 2020. The questionnaire was reviewed for content validity and tested for reliability yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.84 for health literacy and 0.71 for health behaviors (3E 2S) sections. The numeric data were analyzed using descriptive statistics: frequencies, percentages, and means. Pearson's product moment correlation was used to determine correlations between variables. The results showed that mean scores among 7 health literacy domains was at a medium level ($\bar{X}$ =163.35, SD= 14.88) with highest mean score in reading basic medical term domain (82.77%; $\bar{X}$ =54.63, SD=5.63) and lowest mean score in engaging in basic numerical data domain (38.38%; $\bar{X}$ =3.07, SD=1.17). The mean scores of health behavior 3E 2S was at a medium level ($\bar{X}$ =3.13, SD=0.80). Personal factors such as gender (r =0.450) and whether elderly participated in health education activities (r =0.302) were found to be significantly associated with health behavior 3E 2S (p =0.01). Sufficient income factor was significantly associated with health literacy (r =0.236) at p =0.05. Health literacy was significantly associated with health behavior 3E 2S at r =0.359 (p =0.01). Personal factors including age, marital status, educational level, and occupation were not significantly associated with health literacy and health behavior 3E 2S (p =0.01).

Keywords: Health literacy; Health behavior 3E 2S; Type 2 diabetes mellitus; Elderly

* Ph. D (Nursing), Boromarajonani College of Nursing Udonthani

^a Corresponding author : Chaweewan Sridawruang Email : csom02@bcnu.ac.th

Received: Mar. 24, 22; Revised: Apr. 16, 22; Accepted: Apr. 16, 22; Published Online: May 26, 22

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 10 ของวัยผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อันเนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะไตวายก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการล้างไตอย่างมหาศาลซึ่งเป็นภาระทางเศรษฐกิจการเงินอย่างมากทั้งในระดับโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกประมาณการณั้วร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,271 บาทต่อราย และผู้ป่วยในเฉลี่ย 10,217 บาทต่อราย รวมค่าใช้จ่าย 3,984 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁾ สถิติผู้ป่วยในปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยอายุ 20-79 ปี รวบรวม 536.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ของประชากร มีอัตราเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 10.5 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.2 คือราว 783.2 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยเบาหวานสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี สัดส่วนเพศชายและหญิงไม่ต่างกัน พบในกลุ่มอาศัยในเมือง (ร้อยละ 12.1) มากกว่าในชนบท (ร้อยละ 8.3) และพบในกลุ่มประเทศมีรายได้สูง (ร้อยละ 11.1) มากกว่ากลุ่มประเทศรายได้ค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 5.5)⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พบผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 3 แสนคน โดยความชุกของโรคในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปีพ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุกและอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ภายหลังจากปี พ.ศ. 2558 ผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ในขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (ร้อยละ 15.9 ในผู้ชาย และร้อยละ 21.9 ในผู้หญิง) โดยคนไทย 1 ใน 11 คนเป็นโรคเบาหวาน ประเทศไทยกำลังก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 โดยคาดว่าจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 14.4 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุกๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวาน คาดการณ์ว่าในปี 2583 จะมีผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานถึง 5.3 ล้านคน⁽⁴⁾ สำหรับเขตสุขภาพที่ 8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จากรายงานประจำปี 2563 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี

ที่ผ่านมาร้อยละ 2.85 จังหวัดบึงกาฬ มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 28.46 รองลงมาคือ จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครพนม เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.41 และร้อยละ 8.14 ตามลำดับ⁽⁵⁾

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสุขภาพให้โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและรักษาเพื่อลดอัตราป่วย ลดอัตราตายและความพิการ โดยมีนโยบายสาธารณสุขในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาให้ประชากรเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเองโรคเบาหวานเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต⁽⁶⁾ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ดี การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาความรู้ ทำความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ความรู้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมีความสำคัญในการเป็นข้อมูลนำเข้า ในการส่งเสริมความรู้ที่เหมาะสม และการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการที่ รพ.สต.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองไผ่ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ให้บริการวิชาการของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี จำนวนทั้งสิ้น 112 คน กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเล็กแบบทราบจำนวนประชากรเป้าหมายของ Krejcie RV & Morgan DW⁽⁸⁾ โดยความเชื่อมั่นที่กำหนด 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 87 คน และเพื่อป้องกันความสูญเสียจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวม 96 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย หญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน สามารถอ่านออก เขียนได้ ถามตอบรู้เรื่อง และรับบริการที่ รพสต. 2 แห่ง ในตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในชุมชนสังคม ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 7 ด้านคือ 1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพในการอ่านและกรอกข้อมูล 2) การอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ 3) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 4) ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 5) ผลลัพธ์ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ. 2ส. 6) ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติสื่อสาร การโต้ตอบในกรณีต่างๆ และ 7) ผลลัพธ์แสดงระดับการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขในการใช้ชีวิต โดยลักษณะข้อคำถาม 5 ใน 7 ด้านคือด้านที่ 2, 3, 4, 5 และ 7 เป็นข้อคำถามการวัด ถูก/ผิด หรือ ใช่/ไม่ใช่ วัดเป็นค่าคะแนน 0 กับ 1 สำหรับด้านที่ 1 ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพในการอ่านและกรอกข้อมูล และด้านที่ 6 ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติสื่อสาร การโต้ตอบกรณีต่างๆ เป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ คะแนน 1-4 คะแนน โดยมีคะแนนรวมทั้ง 7 ด้านเท่ากับ 234 คะแนน นำมาหาค่าเฉลี่ยคะแนนและจัดระดับคือค่าคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (188 คะแนนขึ้นไป) คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ค่าคะแนนร้อยละ 60-79 (คะแนนระหว่าง 141-187 คะแนน) คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และค่าคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-140 คะแนน) คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ทำเลย, นานๆ ครั้ง, 3 วันต่อสัปดาห์, มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ และทุกวัน คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน นำมาคิดค่าคะแนนเฉลี่ยและจัดระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คือพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คือพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คือพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นแบบสอบถามมาตรฐานผ่านการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ นำเครื่องมือมาหาค่าความเที่ยง โดยนำทดลองใช้กับกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คของแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.82 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเที่ยง 0.84 และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. มีค่าความเที่ยง 0.71

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงการเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อสกุลจริงและเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดก่อนการเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิยกเลิกไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดกระบวนการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ โครงร่างการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี หมายเลข IRB 411/008/2563 ลงวันที่ 6 มกราคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) และการจัดระดับ หาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงพบร้อยละ 74.39 อายุส่วนใหญ่ 65-69 ปีพบร้อยละ 42.68 สถานภาพคู่พบร้อยละ 54.88 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาพบร้อยละ 86.59 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมร้อยละ 89.02 ฐานะเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 52.44 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.58 มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานอย่างเดียว ไม่มีโรคร่วม ความรู้สึกลดลงของสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่ค่อยแข็งแรงแต่ดูแลตัวเองได้ พบร้อยละ 53.66 สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษา โดยพูดคุยที่ รพ.สต. แบบกลุ่มพบร้อยละ 68.29

ส่วนที่ 2: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การนำเสนอผลการวิจัยความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม 7 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย 163.35 คิดเป็นร้อยละ 69.81 ของคะแนนเต็ม (คะแนนเต็ม 234 คะแนน) โดยภาพรวมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{X}=163.35$, $SD=14.88$; ร้อยละ 69.81 ของคะแนนเต็ม 234 คะแนน) เมื่อแยกรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีเพียงด้านการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ ($\bar{X}=54.63$, $SD=5.63$; ร้อยละ 82.77 ของคะแนนเต็ม 66 คะแนน) โดยให้กลุ่มตัวอย่าง

อ่านคำ จำนวน 66 คำ แบ่งเป็นคำศัพท์ 3 ชุด เป็นคำเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพ ค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางพบ 2 ด้านคือด้านการปฏิบัติสื่อสารในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ คือร้อยละ 73.06 ของคะแนนเต็ม และด้านการตัดสินใจ คือร้อยละ 67.69 ของคะแนนเต็ม

ด้านการปฏิบัติสื่อสาร ในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการปฏิบัติสื่อสารในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=62.10$, $SD=8.52$; คิดเป็นร้อยละ 73.06 ของคะแนนเต็ม 85 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติสื่อสาร การโต้ตอบกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นสามารปฏิบัติสื่อสารได้ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ในประเด็นการสูบบุหรี่ รองลงมาคือการดื่มสุรา และค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดเมื่อฉุกเฉินการปฏิบัติตัวเรื่องการกินอาหาร

ด้านการตัดสินใจประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือส่วนที่ 1 การตัดสินใจเหตุการณ์กรณีต่างๆ เป็น 4 ข้อ คำถามให้เลือกตอบแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนนตอบผิดได้ 0 คะแนน และส่วนที่ 2 การตัดสินใจเมื่อต้องเดินทางไปนอกพื้นที่สิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็นค่าคะแนน 1-4 คะแนนในแต่ละข้อตามการตัดสินใจปฏิบัติ ส่วนที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความสามารถตัดสินใจเหตุการณ์กรณีต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.00$, $SD=1.17$; ร้อยละ 50 ของคะแนนเต็ม 4 คะแนน) โดยพบข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือการปฏิบัติตัวเรื่องรับประทานอาหารในกรณีที่ต้องไปงานเลี้ยงสังสรรค์ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น ด้านการตัดสินใจส่วนที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความสามารถตัดสินใจเมื่อต้องเดินทางไปนอกพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=19.66$, $SD=2.47$; ร้อยละ 70.21 ของคะแนนเต็ม 28 คะแนน) พบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือการตัดสินใจเมื่อต้องเดินทางไปนอกพื้นที่ เรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ในเรื่องการออกกำลังกาย โดยภาพรวมการตัดสินใจเมื่อต้องเดินทางไปนอกพื้นที่ ทั้งส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.66 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.47 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 67.69 ของคะแนนเต็ม 32 คะแนน

ค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำพบ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข มีค่าร้อยละของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำที่สุด ($\bar{X}=3.07$, $SD=1.17$; ร้อยละ 38.38 ของคะแนนเต็ม 8 คะแนน) โดยให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่ข้อความที่สอดคล้องกันที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจำนวน 8 ข้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขในระดับต่ำ (ค่าคะแนน 0-4 คะแนนขึ้นไปน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) คิดเป็นร้อยละ 80.49 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ความรู้ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตัวโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=14.43$, $SD=9.82$; ร้อยละ 48.10 ของคะแนนเต็ม 30 คะแนน) โดยพบว่าข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือการเริ่มต้นออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเบาหวาน และการรับประทานอาหารที่ผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ควรยึดหลักปฏิบัติ ตอบถูกร้อยละ 71.95 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกเลยคือ ปริมาณการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของชนิดอาหาร แกงส้ม และขนมจีนน้ำยาป่า ผักสด ส้มโอ

ด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลเรื่องสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.81$, $SD=1.31$; ร้อยละ 56.20 ของคะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยกลุ่มตัวอย่างสอบถามจาก อสม. ที่ดูแลอยู่ คิดเป็นร้อยละ 76.83 รองลงมาคือ ถิ่นเพื่อนบ้าน ที่สนิทกัน คิดเป็นร้อยละ 63.41 กลุ่มตัวอย่างสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่ รพ.สต. น้อยที่สุดคือร้อยละ 39.02

ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม $\bar{X}=4.65$, $SD=1.31$ คิดเป็นร้อยละ 58.13 ของคะแนนเต็ม 8 คะแนน เป็นการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อความถี่ ที่ต้องการให้คนช่วยอ่านเอกสารข้อมูลทางการแพทย์ และความต้องการความช่วยเหลือในการกรอกข้อมูลในการมาติดต่อรับการรักษาจากแพทย์ แบ่งเป็น ไม่เคย นานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง พบว่าร้อยละ 41.46 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการที่จะให้ใครสักคนที่จะช่วยอ่านเอกสารข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ทุกครั้ง และร้อยละ 12.20 ต้องการความช่วยเหลือในการกรอกข้อมูล ในการมาติดต่อรับการรักษาจากแพทย์ทุกครั้ง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ด้านสุขภาพแยกรายด้าน

ความรู้ด้านสุขภาพแยกรายด้าน	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	ร้อยละ	ระดับ
1. ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	8	4.65	1.31	58.13	ต่ำ
2. การอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์	66	54.63	5.63	82.77	สูง
3. ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	8	3.07	1.17	38.38	ต่ำ
4. ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	5	2.81	1.31	56.20	ต่ำ
5. ความรู้ ความเข้าใจโรค และการปฏิบัติตัว	30	14.43	9.82	48.10	ต่ำ
6. การปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ	85	62.10	8.52	73.06	ปานกลาง
7. การตัดสินใจ	32	21.66	2.47	67.69	ปานกลาง
รวม	234	163.35	14.88	69.81	ปานกลาง

ส่วนที่ 3: พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.

พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. เป็นแบบสอบถามความถี่ของการปฏิบัติ จำนวน 8 ข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.13$, $SD=0.80$) พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ งดดื่มสุรา ($\bar{X}=4.78$, $SD=0.63$) รองลงมาคืองดสูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.40$, $SD=1.17$) ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือการออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย ($\bar{X}=2.27$, $SD=0.86$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละ และค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.

พฤติกรรมการปฏิบัติ ตามหลัก 3อ. 2ส.	ความถี่การปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.						SD
	ไม่ทำ เลย	นานๆ ครั้ง	3 วันต่อ สัปดาห์	5 วันต่อ สัปดาห์	ทุกวัน	$\bar{X}$	
ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย	14.63	52.44	28.05	1.22	3.66	2.27	0.86
เลือกอาหารเน้นผักผลไม้	—	—	—	62.20	37.80	4.38	0.76
เลือก/ปรุงอาหารที่มีรสชาติ ไม่เค็มจัด	4.88	54.88	28.05	8.54	3.66	2.51	0.86
เลือกอาหารที่ไม่มีไขมัน/ ไขมันต่ำ	1.22	—	37.80	54.88	6.10	3.65	0.65
เลือกอาหารที่รสไม่หวาน เป็นหลัก	1.22	19.51	56.10	14.63	8.54	3.10	0.86
ควบคุมอารมณ์/จิตใจไม่ให้ เครียดหรือวิตกกังวล มากเกินไป	1.22	—	59.76	36.59	2.44	3.39	0.60
งดการสูบบุหรี่	1.22	14.63	4.88	1.22	78.05	4.40	1.17
งดการดื่มสุรา	—	2.44	3.66	7.32	86.59	4.78	0.63
ค่าเฉลี่ยรวม	—	—	—	—	—	3.13	0.80

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า เพศ และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาหรือการณรงค์ของ รพสต. มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.450$ และ $r=0.302$ ตามลำดับ) ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.236$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.359$)

ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01และ0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.

ตัวแปร	ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.			
	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.	
	r	p-value	r	p-value
เพศ	0.019	0.868	0.450**	0.000
อายุ	0.025	0.824	0.063	0.576
สถานะ	0.059	0.601	0.137	0.220
ระดับการศึกษา	0.065	0.561	0.083	0.456
อาชีพ	0.026	0.818	0.036	0.750
ความเพียงพอของรายได้	0.236*	0.033	0.050	0.658
การเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษา/รณรงค์ของ รพสต.	0.302	0.006	0.302**	0.006
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1	—	0.359**	0.001
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.	0.359*	0.001	1	—

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม 7 ด้านในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 163.35 จากคะแนนเต็ม 234 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 69.81 ของคะแนนเต็ม ดังจากการศึกษาในผู้สูงอายุไทย โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อแยกรายด้านพบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ 4 ใน 7 ด้านคือ ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ด้านความสามารถ

ในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพและด้านความรู้ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งถือได้ว่าเป็นระดับที่ยังไม่เพียงพอ เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพคลาดเคลื่อน เกิดข้อจำกัดในการสื่อสารสุขภาพโดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางสุขภาพ ดังการศึกษาของ วิลมร็ธน์ บุญเสถียรและ อรทัย เจริญวิทยะสกุล⁽¹²⁾ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจะสวนทางกับอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีทักษะการอ่านลดลง ทำให้ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยทุกๆ ปีที่อายุเพิ่มขึ้น ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพซึ่งวัดจากทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน จะลดลงปีละ 1.3 คะแนน การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพด้านการปฏิบัติสื่อสารในกรณีฉุกเฉินถูกถามปัญหาต่างๆ มีค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขมีค่าร้อยละของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำที่สุดคือ 38.38 ดังการศึกษาสมสุข ภาณุรัตน์⁽¹³⁾ ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับไม่ดี จึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุ จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคได้มากกว่าวัยอื่นจากหลายสาเหตุ ทั้งเกิดจากปัจจัยด้านความเสื่อมของร่างกายตามธรรมชาติ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ การทำความเข้าใจ โอกาสการเข้าถึงข้อมูล และใช้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ผลจากการไม่รู้เท่าทันสื่อสารสนเทศที่เผยแพร่กันอย่างแพร่หลายในสังคมปัจจุบัน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหลงเชื่อข้อมูล แม้ผู้สูงอายุจะมีทักษะด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติดีเนื่องจากเรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา แต่การขาดข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอในการคิดและตัดสินใจ และการขาดทักษะในการสื่อสารสภาวะทางสุขภาพของตนให้ผู้อื่นเข้าใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับคำแนะนำที่ไม่ตรงกับความต้องการ ส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาด ผลที่ตามมาคือการเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมกาปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.

พฤติกรรมกาปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานพบว่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือการออกกำลังกาย ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ของความเสื่อมของวัย ความบกพร่องเรื่องการทรงตัว การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรเริ่มระดับเบาและเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จนถึงระดับปานกลางคือระดับเหนื่อยที่สามารถพูดเป็นประโยคได้ การออกกำลังกายแบบแกว่งแขนเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ จากข้อจำกัดของความเสื่อมตามวัย ซึ่งอาจทำให้หกล้มในขณะที่ออกกำลังกายได้มากกว่าวัยอื่น จากการศึกษาของ สุภาพร คำสม และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมออกกำลังกายแบบแกว่งแขน มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการบริโภค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชอบรับประทานผักผลไม้ ส่วนการงดหรือลดอาหารเค็มพบค่าเฉลี่ย

ต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ ถิ่นขจี⁽¹⁵⁾ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 30. 2ส. จำนวน 398 คน พบว่าผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้า คิดเป็นร้อยละ 54.8 และร้อยละ 65.3 ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ผู้สูงอายुर้อยละ 91.8 ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 81.51 จากการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล และธนิดา พุ่มท่าอิฐ⁽¹⁶⁾ พบว่าผู้สูงอายุเขตบางพลัด จากกลุ่มตัวอย่าง 393 คน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 89.90 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุควรคงสภาพไว้ ควรส่งเสริมให้มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อให้มาก และคงอยู่ให้นาน เพราะการเปลี่ยนแปลงตามสรีรวิทยาจากความสูงวัยจะเกิดความเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมประจำวันที่น้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง⁽¹⁷⁾ การศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมปฏิบัติค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคืองดดื่มสุรา รองลงมาคืองดสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 126 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในเรื่องการสูบบุหรี่และดื่มสุราที่มีความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ค่อนข้างน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 30. 2ส.

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลคือเพศ และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ การรณรงค์ของ รพ.สต. มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 30. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.450$ และ $r=0.302$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์⁽¹⁸⁾ ที่พบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในกลุ่มเพศและอาชีพ โดยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของกัลยา มั่นล้วน และคณะ⁽¹⁹⁾ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งถึงแม้เพศจะเป็นตัวกำหนดการแสดงออก บทบาทของครอบครัว ชุมชนและสังคม ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันระหว่างเพศแต่จากการที่ผู้สูงอายุในชนบทมีวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 30. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.359$) สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี⁽²⁰⁾ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสาร และนำความรู้ที่ได้รับมาเลือกปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสมดังการศึกษาของอรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ⁽²¹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำมักจะกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเกิดขึ้นจากความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินข้อมูลและนำไปใช้ในการปฏิบัติและจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริการ พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มาเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อการออกแบบและจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับทัศนคติ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค และพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน และร่วมวางแผนดูแลผู้สูงอายุในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

ด้านบริหาร เป็นข้อมูลนำเข้า มีการสะท้อน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อผลักดันการดำเนินกิจกรรมการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องตามบริบทพื้นที่ การสร้างเครือข่ายการส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรมีการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในวัยผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. ชลิต รัตสาร. สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. The Blueprint for Change Programme [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 14]. เข้าถึงได้จาก: www.novonordisk.com
2. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2022. [cited 2022 Feb 14]; 183:109119. Available from: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(21\)00478-2/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(21)00478-2/fulltext) .
3. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย การตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

4. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า สุธิดา แก้วทา, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 2562. นนทบุรี : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563 Annual Report. [เอกสารออนไลน์]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤศจิกายน 17]. เข้าถึงได้จาก : <https://r8way.moph.go.th/report-2563/รายงานประจำปี%202563.pdf>
6. RobatSarpooshi D, Mahdizadeh M, Alizadeh Siuki H, Haddadi M, Robatsarpooshi H, Peyman N. The Relationship Between Health Literacy Level and Self-Care Behaviors in Patients with Diabetes. Patient Relat Outcome Meas. 2020 May 5;11:129-135. doi: 10.2147/PROM.S243678.
7. Lee EH, Lee YW, Lee KW, Nam M, Kim SH. A new comprehensive diabetes health literacy scale: Development and psychometric evaluation. Int J Nurs Stud. 2018; 88:1-8.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970; 30: 607-10.
9. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต] 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 14]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/news/5522>
10. อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรธกุล, สาวิตรี ทยานศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้สุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. MFU Connexion. 2561; 7(2): 76-95.
11. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, ชาดินัย หวานวาจา. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารประชากรศาสตร์. 2563; 36(2):37-52.
12. วิมลรัตน์ บุญเสถียร, อรทัย เจริญทิพย์เสกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563; 2(1):1-19.
13. สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาหัส, สุขฤดี ชัยศฤงคารสกุล, พชรี กระจำงโพธิ์, วิถี ฐระธรรม, ภาสกร เนตรทิพวัลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2562; 11(1):86-94.

14. สุภาพร คำสม, แสงทอง ชีระทองคำ, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2560; 4(2):46-60.
15. สมศักดิ์ ถิ่นขจี. รายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์; 2560.
16. ดวงเนตร ธรรมกุล, ธณิดา พุ่มท่าอิฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(1):106-18.
17. Xu C, Furuya-Kanamori L, Liu Y, Faerch K, Aadahi M, Seguin RA, et al. Sedentary behavior, physical activity, and all-cause mortality: dose response and intensity weighted time-use meta-analysis. J Am Med Directors Assoc. 2019; 20(10): 1206-12.
18. มนตรี นรสิงห์, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2562; 10(1):35-50.
19. กัลยา มั่นล้วน, วิภาดา กาญจนสิทธิ์, วิภา สุทธิพันธ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. NMCCON 2019: การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 “สังคมผู้สูงวัย โอกาสและความท้าทายของอุดมศึกษา”. [เอกสารออนไลน์] 2562. [สืบค้นวันที่ 19 ธันวาคม 2564].
http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2562Vol9No1_99.pdf
20. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558; 25(3): 43-54.
21. อรุณี หล้าเขียว, ทวีวรรณ ชาลีเครือ. ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 กลุ่มระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์. 2558; 1(6):635-49.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีภรรยา

สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, วท.ม.*^๑, นิชนันท์ สุวรรณกฎ, พย.ม.** , อมรรัตน์ นระสนธิ, พย.ม.*

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพรรณนาแบบทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีภรรยา โดยใช้ PRECEDE-PROCEED Framework เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือ สามีภรรยาจำนวน 210 คู่ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามีภรรยาอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่า กลุ่มสามี การสนับสนุนของครอบครัว การคุมกำเนิด อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิได้ร้อยละ 37.10 ในกลุ่มภรรยา การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 17.70 ดังนั้นจากผลการศึกษาจึงมีข้อเสนอต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริม ป้องกันมะเร็งปากมดลูกควรให้สามีมีส่วนร่วม และปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ให้สุขศึกษาเรื่องเพศศึกษากับเยาวชนชายหญิง ข้อเสนอต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขคือพิจารณาขยายกลุ่มเป้าหมายในการรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; การป้องกันมะเร็งปากมดลูก; สามีภรรยา; PRECEDE-PROCEED framework

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^๑ Corresponding author สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ Email: suvapat.n@ubu.ac.th

รับบทความ: 1 เม.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 17 เม.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 17 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 30 พ.ค. 65

Predicting Factors of Primary Prevention of Cervical Cancer among Couples

Suvapat Nakrukamphonphatn, M.Sc.^{*a}, Nitchanun Suwannakoot, MNS^{**},
Amornrat Natason, MNS^{*}

Abstract

This descriptive predictive research aimed to explore primary prevention behaviors for cervical cancer among couples and to examine predictive factors of primary prevention cervical cancer among couples. The PRECEDE-PROCEED Framework was used as a conceptual framework for this study. The participants were consisted of 210 couples recruited using multi-stage random sampling method. The data were collected using questionnaires and were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficients, Pearson's product moment correlation coefficients, and multiple regression analyses. The results of the study indicated that knowledge, attitudes towards cervical cancer prevention, access to health services, family supports, supports from health care providers, and primary prevention behaviors were at a moderate level. The predictive study among the husband group showed that family supports, contraceptive use, age at their first sexual intercourse, supports from health care providers, and attitudes were significantly associated and could predict initial primary prevention of cervical cancer for 37.10 percent. In addition, data from the wife group revealed that supports from health care providers and family supports related could predict initial primary prevention of cervical cancer for 17.70 percent. It was recommended that health care providers should involve husband when educating the couples about cervical cancer prevention. Attitudes towards cervical cancer prevention should be focused in sex

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

** Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

^a Corresponding author : Suvapat Nakrukamphonphatn Email : suvapat.n@ubu.ac.th

Received: Apr. 1, 22; Revised: Apr. 17, 22; Accepted: Apr. 17, 22; Published Online: May 30, 22

education for youth. It was also recommended for public health organizations to extend target population to provide cervical cancer vaccination for better coverage.

Keywords: Predictive factors, Cervical cancer prevention, Couples, PRECEDE-PROCEED framework

บทนำ

มะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงคือมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบถึงหนึ่งในสี่ของมะเร็งในผู้หญิง ใน พ.ศ. 2561 มีผู้หญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 570,000 คน และเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 311,000 คน⁽¹⁾ ประเทศไทยมีแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ใน พ.ศ. 2556-2560 (2,031 คน, 2,062 คน, 2,195 คน, 2,193 คน และ 2,251 คน ตามลำดับ) พบว่าอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉิยเหนือ และภาคเหนือตามลำดับ⁽²⁾ โดยสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 99 เกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งสามารถแพร่ผ่านจากคนสู่คนระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ได้ทางช่องคลอด ทางทวารหนัก การสัมผัสผิวหนังที่มีเชื้อ และมีปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี การมีคู่นอนหลายคน มีคู่นอนที่มีเชื้อ HPV สูบบุหรี่ การรับประทานยาคุมกำเนิดต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน การติดเชื้อหนองใน⁽³⁾ และการดื่มสุราจะเพิ่มความคงอยู่ของเชื้อ HPV⁽⁴⁾

มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิคือการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ HPV จากการไม่มีเพศสัมพันธ์ ใช้ถุงยางอนามัย มีคู่นอนคนเดียว ขลิบหนังหุ้มปลายองคชาต ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การป้องกันระดับทุติยภูมิคือการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ และการป้องกันระดับตติยภูมิ คือการรักษาให้หายหรือประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตตามสภาวะของโรค⁽⁵⁻⁶⁾ หากเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้วจะเกิดผลการทบในที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและประเทศชาติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งจากประเด็นปัญหาต่างๆ นั้น องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญจึงกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำเพื่อให้นานาชาติใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาหะเร็งปากมดลูกกำหนดเป็นค่าเป้าหมาย คือ 1) ให้สตรีอายุ 15 ปี ต้องได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV ร้อยละ 90 2) สตรีอายุ 35 และ 45 ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทดสอบที่มีประสิทธิภาพสูงร้อยละ 70 และ 3) ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกต้องได้รับการรักษาก่อนการแพร่กระจายร้อยละ 90⁽⁷⁾ ประเทศไทยได้มีนโยบายเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวโดยขยายการเข้าถึงวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเยาวชน ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก⁽⁸⁾แม้ว่าจะมีนโยบายต่างๆ เข้ามาสนับสนุน

แต่ก็ยังพบว่ามีอัตราการอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการป้องกันที่ดีที่สุดคือการป้องกันระดับปฐมภูมิคือการไม่รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการฉีดวัคซีน แต่การสนับสนุนวัคซีนนั้นมีเฉพาะกลุ่มเด็กหญิงอายุ 11-12 ปี โดยให้ฉีด 2 เข็ม⁽⁹⁾ และให้มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 35 ปี โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

แม้ว่าการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิจำนวนไม่มากนัก โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักเรียน นักศึกษาหญิง⁽¹⁰⁻¹²⁾ พยาบาล นักศึกษาพยาบาล⁽¹³⁾ สามัญภรรยา⁽¹⁴⁾ ประเด็นที่ศึกษา คือ 1) ความรู้ด้านการป้องกัน เช่น วัคซีน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล คือ ความรู้^(11,14-15) ความเต็มใจในการจ่ายเงินซื้อวัคซีน⁽¹⁵⁾ ทศนคติ⁽¹³⁻¹⁵⁾ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ⁽¹⁴⁾ การสนับสนุนของสามี⁽¹⁶⁾ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่⁽¹⁴⁾ และปัจจัยส่งเสริม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ PRECEDE-PROCEED Framework⁽¹⁷⁾ ในขั้นตอนการประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา โดยมีปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพ และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนสุขภาพได้มี 3 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยที่อยู่ในตัวบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ยาก 2) ปัจจัยเอื้อ คือ ปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยเสริม คือ การเสริมแรงหรือกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่การแก้ปัญหาได้

ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะในสามัญภรรยา เนื่องจากปัจจัยที่สนับสนุนการก่อโรคนั้นเพศชายมีส่วนร่วมในการแพร่เชื้อ HPV ด้วย ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิและปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

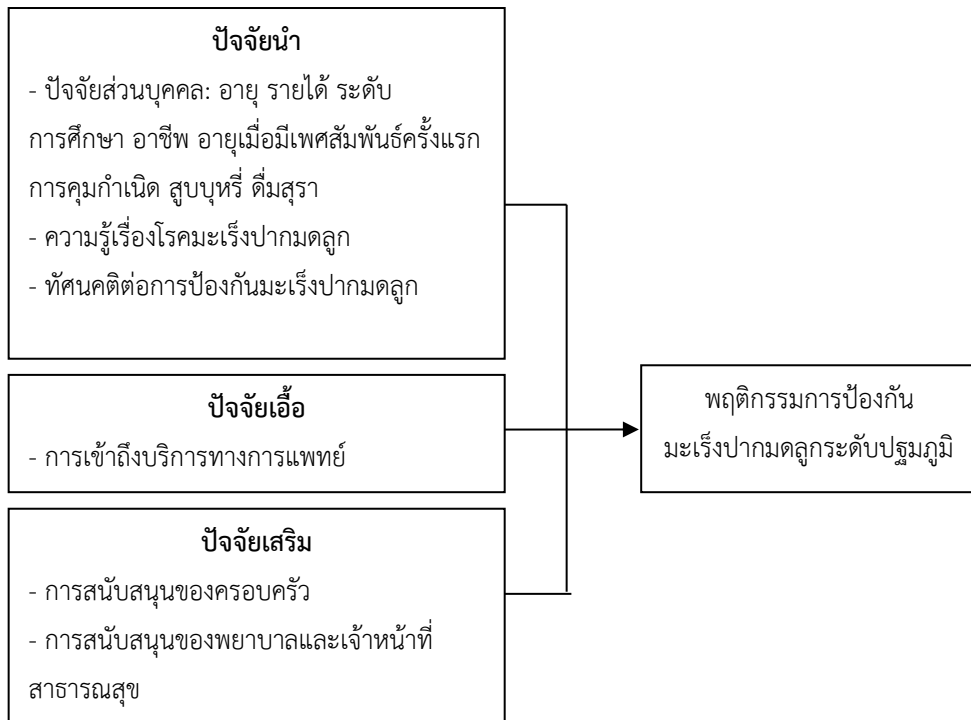
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิของสามัญภรรยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิของสามัญภรรยา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิของสามัญภรรยา

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (Predictive descriptive research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ สามีภรรยาที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power⁽¹⁸⁾ โดยใช้ค่า $R^2=0.126^{(14)}$ จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คำนวณค่า Effect size=0.14, $\alpha=0.05$, power=(1- β) = 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 172 เนื่องจากเป็นการศึกษาในคู่สามีภรรยา จึงเป็นจำนวน 172 คู่ ซึ่งหากต้องการเพิ่มอำนาจการทดสอบและเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัยขนาดกลุ่มตัวอย่างควรเท่ากับ 200-250 คน⁽¹⁸⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 210 คู่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยผู้วิจัยจัดกลุ่มจังหวัดตามขนาดของประชากร (Cluster) เป็น 3 กลุ่ม คือ ขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ สุ่มจังหวัดโดยการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลากไม่ใส่คืนเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มละ 1 จังหวัด และสุ่มอำเภอโดยจับฉลากสุ่มจังหวัดละ 2 อำเภอ

และหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการจับฉลากหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอละ 1 แห่ง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อเพื่อเป็นตัวแทนหน่วยบริการปฐมภูมิละ 35 คู่

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือภายใต้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Framework ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.87 ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.87
3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยเสริมจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า Likert's scale แบบเลือกตอบ 4 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.69, 0.90 และ 0.74 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.77, 0.88, และ 0.79 ตามลำดับ
4. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า Likert's scale แบบเลือกตอบ 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.74 และ ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.67

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-04-2561 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC097/2561 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยให้ผู้วิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือการขอยุติการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุตัวตนผู้ตอบ จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งบันทึกข้อความถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ทีมผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อภายใต้คำแนะนำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
3. ทีมวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การถอนตัวจากโครงการวิจัยภายใต้การพิทักษ์สิทธิ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมตน

การรับแบบสอบถามนั้นสามักรรยาจะได้รับแบบสอบถามที่มีเนื้อหาเดียวกันคนละฉบับแยกคนละซองโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 15-30 นาที เมื่อตอบเรียบร้อยแล้วให้นำใส่ซองส่งคืนที่มวิจัยตามเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยจะตรวจสอบหากไม่สมบูรณ์จะทวนสอบกับกลุ่มตัวอย่างหากลืมนจะให้ตอบให้สมบูรณ์ในเอกสารชุดเดิม ถ้าไม่ประสงค์ตอบจะกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson's product-moment correlation coefficient และ Spearman's correlation เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำการศึกษา สถิติ Multiple regression analysis เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามักรรยา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสามักรรยาจำนวน 210 คู่ การนำเสนอผลการวิจัยได้แยกเป็นสามักรรยา ดังนี้ กลุ่มสามักรรยาอายุระหว่าง 20-59 ปี (Mean=37.83, SD=8.63) มีรายได้ระหว่าง 0-40,000 บาท จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 42.4, 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพทำนา ค่าขาย และรับจ้าง (ร้อยละ 56.7, 14.3 และ 12.9 ตามลำดับ) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุระหว่าง 15-32 ปี (Mean=15, SD=9.05) คู่หมั้นร้อยละ 40 โดยภรรยารับประทานยาคุมกำเนิด ใช้ถุงยางอนามัย และนับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 25.2, 6.67 และ 4.29 ตามลำดับ) มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 36.7 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 57.6 ส่วนกลุ่มภรรยามีอายุระหว่าง 18-59 ปี (Mean=37.18, SD=9.09) มีรายได้ระหว่าง 0-30,000 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพทำนา ค่าขาย รับจ้าง (ร้อยละ 46.2, 13.8 และ 13.3 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 39.0, 22.4 และ 19.5 ตามลำดับ) ประวัติมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุระหว่าง 15-29 ปี (Mean=14.68, SD=9.26) มีการคุมกำเนิดร้อยละ 61.4 พบว่า ทำหมัน รับประทานยาคุมกำเนิด ฉีดยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 35.2, 25.2 และ 5.2 ตามลำดับ) สูบบุหรี่ร้อยละ 16.2 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 21.4 มีเพียง 1 ราย ที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และได้ตรวจมะเร็งปากมดลูก (ทำแบบเสมีร์) ร้อยละ 65.7 ทุกคนมีผลตรวจปกติ ส่วนความรู้ ทักษะต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามักรรยาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสามักรรยามีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) ซึ่งพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ปฏิบัติมากที่สุดคือการทำความสะอาด สักเกด อวัยวะเพศ การทำความสะอาดก่อนหลังการมีเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด ระดับของปัจจัย

ตัวแปร	ภรรยา (n=210 คน)			สามี (n=210 คน)		
	Min-Max ^b	Mean	SD	Min-max ^b	Mean	SD
ความรู้ (0-15) ^a	0-15	6.86	4.21	0-15	6.27	4.56
ทัศนคติ (9-36) ^a	9-36	21.07	5.16	9-35	21.29	5.23
การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (9-36) ^a	8-32	23.85	4.68	8-32	23.00	4.58
การสนับสนุนของครอบครัว (4-16) ^a	4-16	10.41	2.83	4-16	10.02	3.05
การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ฯ (3-12) ^a	3-12	7.18	2.94	3-12	6.94	2.79
พฤติกรรมป้องกันการมะเร็งปากมดลูก (9-36) ^a	9-36	25.41	4.71	10-36	24.89	4.82

^a=possible rang, ^b= actual rang

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนในกลุ่มสามี พบว่าการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.264$, $p\text{-value}<0.01$) แต่ในกลุ่มภรรยาไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีและภรรยา วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

Variable	1	2	3	4	5	6
กลุ่มสามี						
1. ระดับการศึกษา	1					
2. อาชีพ	0.425**	1				
3. การสูบบุหรี่	0.011	-0.005	1			
4. การดื่มสุรา	-0.085	-0.178**	0.153*	1		
5. การคุมกำเนิด	0.090	0.060	0.049	-0.024	1	
6. พฤติกรรมการป้องกันการมะเร็งปากมดลูก	0.047	0.030	0.00	-0.073	0.264**	1
กลุ่มภรรยา						
1.ระดับการศึกษา	1					
2.อาชีพ	0.503**	1				
3.การสูบบุหรี่	-0.030	-0.052	1			
4.การดื่มสุรา	0.00	-0.061	0.180**	1		
5.การคุมกำเนิด	-0.028	-0.110	-0.024	-0.087	1	
6.พฤติกรรมป้องกันการมะเร็งปากมดลูก	-0.048	0.065	0.003	0.044	0.128	1

**p-value < 0.01, *p-value <0.05

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติเพียร์สันในกลุ่มสามี พบว่าอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ($r=0.171$) ทักษะคิดต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ($r=0.151$) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ($r=0.372$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r=0.512$) และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ($r=0.425$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ในกลุ่มภรรยา พบว่าอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ($r=0.178$) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ($r=0.289$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r=0.348$) และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ($r=0.371$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีและภรรยา วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
กลุ่มสามี									
1.อายุ	1								
2.รายได้	0.195*	1							
3.อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	0.085	-0.159*	1						
4.ความรู้	0.158*	0.120	-0.036	1					
5.ทัศนคติ	0.164	-0.149	0.119	-0.211**	1				
6.การเข้าถึงบริการทางการแพทย์	0.006	-0.054	0.267**	0.022	0.109	1			
7.การสนับสนุนของครอบครัว	0.023	0.120	-0.037	-0.132	0.103	0.376	1		
8.การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	-0.137*	0.044	0.035	0.027	0.033	0.461	0.472	1	
9.พฤติกรรม การป้องกันมะเร็ง ปากมดลูก	0.090	0.017	0.171*	0.006	0.151*	0.372**	0.512**	0.425**	1

**ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของ
สามีและภรรยา วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน**

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
กลุ่มภรรยา									
1.อายุ	1								
2.รายได้	-0.045	1							
3.อายุเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรก	0.074	0.049	1						
4.ความรู้	0.157	0.159*	-0.137*	1					
5.ทัศนคติ	0.099	-0.219**	0.189**	-0.095	1				
6.การเข้าถึงบริการ ทางการแพทย์	0.085	0.099	-0.070	0.170	0.147	1			
7.การสนับสนุน ของครอบครัว	-0.104	0.068	-0.106	-0.023	0.027	-0.333	1		
8.การสนับสนุน ของเจ้าหน้าที่	-0.096	-0.065	-0.181*	0.045	-0.018	0.527**	0.543**	1	
9.พฤติกรรม การป้องกันมะเร็ง ปากมดลูก	-0.004	0.122	-0.178*	0.071	0.010	0.289**	0.348**	0.371**	1

*p-value<0.05 ** p-value<0.01

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Stepwise ในกลุ่มสามี พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว การคุมกำเนิด อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และทัศนคติ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 37.10 (Adjust R²=0.371) โดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ Zพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ = 0.406(Zการสนับสนุนของครอบครัว) + 0.201(Zการคุมกำเนิด) + 0.164(Zอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก) + 0.190(Zการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่) + 0.119(Zทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก) (ตารางที่ 4)

ส่วนกลุ่มภรรยา พบว่ามี 2 ตัวแปร คือการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 17.70 (Adjust R²=0.177) โดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ Zพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ = 0.297(Zการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่) + 0.202(Zการสนับสนุนของครอบครัว) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีและภรรยา

Variables	B	SE	Beta	t	Co-linearity	
					Tolerance	VIF
กลุ่มสามี						
การสนับสนุนของครอบครัว	0.642	0.100	0.406	6.434**	0.759	1.318
การคุมกำเนิด ^d	1.937	0.547	0.201	3.542**	0.942	1.062
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	0.087	0.030	0.164	2.943*	0.978	1.022
การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	0.327	0.111	0.190	2.952*	0.734	1.363
ทัศนคติ	0.110	0.052	0.119	2.113*	0.957	1.045
Constant = 11.676, R ² =0.386, Adjust R ² =0.371, F=25.513, p-value<0.01 ^d = dummy coding						
กลุ่มภรรยา						
การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	0.473	0.121	0.297	3.894**	0.681	1.469
การสนับสนุนของครอบครัว	0.335	0.124	0.202	2.696**	0.703	1.423
Constant = 18.226, R ² =0.189, Adjust R ² =0.177, F=15.886, p-value<0.01						

*p-value<0.05 **p-value <0.01

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างสามีภรรยาพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการป้องกัน คือการรักษาความสะอาดของร่างกาย ทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนที่ตอบมากที่สุด ซึ่งเป็นสุขอนามัยพื้นฐาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่าทั้งสามีและภรรยา อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ และในกลุ่มสามีพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

อายุต่ำสุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 15 ปี หากมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 18 ปีจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก⁽³⁾ ดังนั้นจึงจะทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นนอกจากมะเร็งปากมดลูกแล้วก็จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือท้องก่อนวัยอันควรได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มสามีคุมกำเนิดร้อยละ 40 มีเพียงร้อยละ 6.67 ที่ใช้ถุงยางอนามัย แม้ว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อ HVP ได้ไม่ทั้งหมดเนื่องจากถุงยางอนามัยไม่สามารถปกปิดอวัยวะเพศ

ทั้งหมด แต่การใช้ถุงยางอนามัยมีความความสัมพันธ์กับความตั้งใจป้องกันมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁹⁾ ส่วนกลุ่มภรรยาที่มีการคุมกำเนิดด้วยยาคุมกำเนิด ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกรับภาระต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน⁽³⁾ ซึ่งยาคุมกำเนิดนั้นเข้าถึงได้ง่ายและหยุดได้หากต้องการมีบุตร แต่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ ส่วนด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิในกลุ่มสามีซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพของงานวิจัยนี้ด้วยที่พบว่าสามีมีทัศนคติที่หลากหลายต่อการมีเพศสัมพันธ์⁽²⁰⁾

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ซึ่งการให้บริการของภาครัฐ ได้แก่ 1) ถุงยางอนามัย ทัศนคติของคนส่วนหนึ่งเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยคือไม่ไว้ใจกัน⁽²⁰⁾ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ของสามีภรรยาเป็นเรื่องปกติไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัยก็ได้ 2) วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งภาครัฐได้อนุญาตวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้กับผู้หญิงอายุระหว่าง 11-12 ปี⁽⁶⁾ แต่ก็ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่นกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ LGBTQ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer) ซึ่งประชาชนทุกกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหากมีเพศสัมพันธ์

ปัจจัยด้านการสนับสนุนของครอบครัวมีความความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ซึ่งครอบครัวสนับสนุนการป้องกันมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁴⁾ สามีได้สนับสนุนเงิน การเดินทาง ให้กำลังใจ⁽¹⁶⁾ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนของครอบครัวโดยเฉพาะสามีนั้นมีความสำคัญในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอาจเนื่องจากบทบาทหน้าที่ของสามีภรรยา ส่วนการสนับสนุนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับนโยบายด้านการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกตามนโยบายของภาครัฐ⁽⁸⁻⁹⁾ แม้ว่าจะมีหน้าที่ส่งเสริมป้องกันโรค การให้ความรู้เรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่เปิดเผยอาจทำให้เขินอายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ดังนั้นหากปรับเปลี่ยนตามบริบทสังคม วัฒนธรรมก็อาจช่วยส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีได้ร้อยละ 37.1 และภรรยาร้อยละ 17.7 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในกลุ่มสามี คือ การสนับสนุนของครอบครัว คุมกำเนิด การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ส่วนในกลุ่มภรรยามีปัจจัยที่มีอิทธิพลคือ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ คือ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก การคุมกำเนิด ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว ว่าสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ในกลุ่มสามีและภรรยา

ซึ่งยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิสอดคล้องกับ PRECEDE-PROCEED framework⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่ายังมีหลายปัจจัยที่มีส่งผลต่อพฤติกรรมจากการศึกษาครั้งนี้ มีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ยังไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอคือ 1) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมและปรับเปลี่ยนทัศนคติของสามีในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ควรเพิ่มการให้สุศึกษาเรื่องเพศศึกษากับเยาวชน 2) เนื่องจากมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงควรศึกษาด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม 3) เสนอให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรขยายกลุ่มเป้าหมายในการรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนทุนวิจัยและขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Cervical cancer [internet]. 2021 [cited 2021 April 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1
2. Ministry of Public Health. Public health statistics 2017 [internet]. 2017 [cited 2017 December 1]. Available from: <http://bps.moph.go.th>
3. American cancer society. About Cervical Cancer [internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about.html>.
4. Oh HY, Kim MK, Seo S, Lee DO, Chung YK, Lim MC, et al. Alcohol consumption and persistent infection of high-risk human papillomavirus. *Epidemiol Infect.* 2015; 143(7):1442-50.
5. Ruengkachon I. Cervical Cancer. Bangkok: PA Living; 2018. (In Thai)
6. Small W Jr, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM, et al. Cervical Cancer: A global health crisis. *Cancer.* 2017;123(13):2404-12.
7. WHO. Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem [internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.

8. Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. National Cancer Control Program (2561-2565 BE.). Nonthaburi: Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health; 2561. (in Thai)
9. Gynecology Treatment Committee. RCOG Clinical Practice Guidelines Primary Prevention of Cervical Cancer [internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/11/GY-63-016-CPG-HPV-vaccination-17Oct20.pdf>.
10. Juntasopeepun P, Suwan N, Phianmongkhon Y, Srisomboon J. Knowledge and risk behaviors of HPV infection and cervical cancer among female college students: Implications for sex education and health care policy. Thai Journal of Nursing Council. 2011;26(3):48-63. (in Thai)
11. Kuczkowska K, Jankowiak-Saida K, Wronkowaki Z. Knowledge about cervical cancer among Polish and Finnish female students. European Journal of Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology. 2011;156:212-6.
12. Patel H, Jevé YB, Sherman SM, Moss EL. Knowledge of human papillomavirus and the human papillomavirus vaccine in European adolescents: A systematic review. Sex Transm Infect. 2016;92(6):474-9.
13. Topan A, Ozturk O, Eroglu H, Bahadir O, Harma M, Harma MI. Knowledge level of working and student nurses on cervical cancer and human papilloma virus vaccines. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(6):2515-9.
14. Nakrukamphonphatn S, Thiangtham W, Powwattana A, Nunthamongklchai S. Predictors of the husbands' behaviour in cervical cancer primary prevention for their wives. Poster presented at: The 13th Ph conference. 2011 April 28-29; Bangkok, Thailand: 184-92. (in Thai)
15. Rajiah K, Maharajan MK, Fang Num KS, How Koh RC. Knowledge about human papillomavirus and cervical cancer: Predictors of HPV vaccination among dental students. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(6):1573-9.
16. Adewumi K, Oketch SY, Choi Y, Huchko MJ. Female perspectives on male involvement in a human-papillomavirus-based cervical cancer-screening program in western Kenya. BMC Woman's Health. 2019;19:107.

17. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. 2nd ed. Palo Alto: Mayfield; 1991.
18. Srisatidnarakul B. Effect size, Power Analysis, Optimal Sample Size Calculations Using G*power Software. Bangkok: Chula printing; 2020.
19. Donati S, Giambi C, Declich S, Salmaso S, Filia A, Ciofi degli Atti ML, et al. Knowledge, attitude and practice in primary and secondary cervical cancer prevention among young adult Italian women. Vaccine. 2012;30(12):2075-82.
20. Nakrukamphonphatn S, Suwannakoot N, Natason A. Primary prevention behavior for cervical cancer among husbands. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(38):484-96.

ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, พย.ม.^๓

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 60 คน โดยจัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จับคู่ตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส จำนวน 30 คู่ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=70.69$, $p=0.00$)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=27.56$, $p=0.00$)

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนจริง มีข้อเสนอแนะว่า ควรศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคเอดส์ และติดตามผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : กลุ่มช่วยเหลือตนเอง; พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต; ผู้สูงอายุในชุมชน;
โรคความดันโลหิตสูง

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

^๓ Corresponding author โปรยทิพย์ สันตะพันธ์ E-mail : proithip_nurse@live.com

รับบทความ: 11 เม.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 21 เม.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 21 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 30 พ.ค. 65

The Effects of Using Self-Help Group on the Mental Health Self-Care Behavior of Elderly with Hypertension in the Community

Proithip Suntaphun, MNS^{*a}

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to study the mental health self-care behavior of elderly with hypertension in the community before and after using self-help group and to compare the mental health self-care behavior of elderly with hypertension in the community between elderly with hypertension in the community who received the self-help group and those who received regular care. Research samples were consisted of 60 elderly with hypertension in the community, who met the inclusion criteria. These samples were divided into experimental and control groups by matched pairs identified by sex, age, level of education and marital status. Research instruments were the self-help group program and the mental health self-care behavior test, developed by the researcher. The mental health self-care behavior test was tested for validity and reliability yielding reliability of 0.90. Data analysis was done using means, standard deviations and t-tests. Major findings were as follows:

1. The mental health self-care behavior of elderly with hypertension in the community in the experimental group after the experiment were significantly higher than before the experiment at the 0.05 level. ($t=70.69$, $p=0.00$)
2. The mental health self-care behavior of elderly with hypertension in the community in the experimental group after the experiment were significantly higher those in the control group at the 0.05 level. ($t=27.56$, $p=0.00$)

* Instructor, Department of Psychiatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Ubon Ratchathani

^a Corresponding author : Proithip Suntaphun Email : proithip_nurse@live.com

Received: Apr. 11, 22; Revised: Apr. 21, 22; Accepted: Apr. 21, 22; Published Online: May 30, 22

The result of this study showed that self-help group program can enhance mental health self-care behavior of elderly with hypertension in the community. The findings suggested the replications in patients with other chronic illness such as cancer and AIDS. The instrument should also be assessed for its continuous effectiveness and sustainability.

Keywords : Self-help group; Mental health self-care behavior; Elderly in community; Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบได้บ่อยในวัยสูงอายุ มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดจากความเสื่อมตามวัย โดยผนังหลอดเลือดแดงจะมีความยืดหยุ่นลดลงและมีความแข็งตัวมากขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและไต ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁾ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไตวายเรื้อรัง⁽²⁾ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการติดตามการรักษา ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เกิดภาวะซึมเศร้า ถ้ารุนแรงอาจทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงฆ่าตัวตายได้⁽³⁾

จากรายงานสถิติสาธารณสุขในประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยในระหว่างปีพ.ศ. 2561-2563 จำนวน 1,306,070 ราย 1,363,616 ราย และ 1,468,433 รายตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น⁽⁴⁾ สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2561-2563 เพิ่มขึ้นจาก 35,684 ราย เป็น 40,114 ราย และ 43,366 ราย ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน 2563 โดยป่วยเป็นโรคหัวใจ จำนวน 5 คน โรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 81 คน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 263 คน สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากที่สุด และอัตราป่วยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 พบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 194 ราย เป็น 217 ราย และ 263 รายตามลำดับ ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่

พบปัญหาในเรื่องการขาดการตระหนักในการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเผชิญความเครียด และปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการติดตามการรักษา เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จากผลกระทบดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจ จึงเห็นควรให้มีวิธีการหรือกิจกรรมในการส่งเสริมป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่า และลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วย 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองทั่วไป⁽⁶⁾ ในประเทศไทยมีวิธีการช่วยเหลือบุคคลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่หลากหลาย เช่น การฝึกการแก้ไขปัญหา การให้คำปรึกษารายบุคคล และการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งการใช้กระบวนการกลุ่มนั้น มีการศึกษาการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการดูแลด้านจิตใจโดยพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อน พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุโรคเรื้อน⁽⁷⁾

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดจากการรวมตัวของสมาชิกกลุ่มด้วยความสมัครใจ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประคับประคองจิตใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะเกิดผลดีต่อครอบครัวของสมาชิกทุกครอบครัว การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยสมาชิกสามารถพูดถึงสาเหตุที่สมาชิกเกิดความเครียด วิตกกังวล เกิดการเรียนรู้ที่จะไม่ทำให้เกิดความเครียดอีก นอกจากนั้นสมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ เช่น การดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง การเผชิญปัญหา เป็นต้น ลักษณะของกลุ่มประกอบด้วยบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน คือเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีปัญหาคลายคลึงกัน ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รู้สึกว่าตนเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น จึงไม่รู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง ความรู้สึกว่าตนมีความทุกข์คนเดียวลดลง เกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งมีมิตรภาพ ที่เกิดจากรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหา โดยคำแนะนำที่ได้มา จะเป็นคำแนะนำง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยผู้ที่เป็สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ให้เอง⁽⁸⁾ การนำกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้กับผู้สูงอายุนั้น จะทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้สูงอายุได้มีการพบปะปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึกซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ช่วยกันหาแนวทางช่วยเหลือสนับสนุน ประคับประคองจิตใจกันและกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้เสริมสร้างความสัมพันธ์ ให้กำลังใจ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่ม จากการทบทวนการศึกษาต่างๆ พบว่า การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ผลดีในผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง⁽⁷⁾ ผู้ป่วยเด็กวัยรุนแรงโรคมะเร็ง⁽⁹⁾ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท⁽¹¹⁻¹³⁾ เป็นต้น ถ้าได้นำมาใช้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้นแล้ว จะส่งผลให้สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างไร

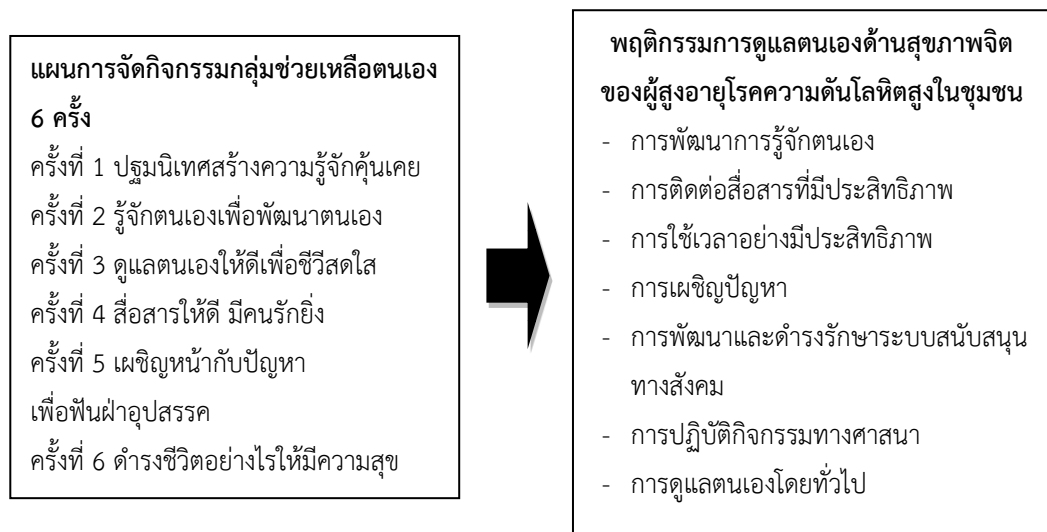
สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังการทดลองโดยการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลองหลังการทดลองโดยการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Walz & Bleuer⁽¹³⁾ ซึ่งการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง สมาชิกจะได้รับการช่วยเหลืออยู่ 4 ลักษณะ คือ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (Shared emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (Information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ (Education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (Advocacy) ผู้วิจัยนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้กับสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันในที่นี้คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งเมื่อสมาชิกเข้ากลุ่ม จะรู้ดีกว่าตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น ยังมีเพื่อนที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน จึงมีการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม ส่งผลให้ได้ระบายความเครียด กล้าแสดงความคิดเห็นความรู้สึก และเกิดความไว้วางใจกัน ช่วยเหลือและประคับประคองกันและกัน เข้าใจกัน รู้สึกมีคุณค่าและเชื่อมั่นในตนเอง ได้แสดงความคิดเห็น แสดงบทบาทต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน เป็นผู้นำและผู้ตามในการแก้ปัญหา เพื่อปรับปรุงตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตนเองในทางที่ดีขึ้น ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากสมาชิกคนอื่นๆ ได้ร่วมรับรู้ปัญหา
คนอื่นๆ ในกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว ได้รับการ
การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (Information) ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม
(Education and skill development) มีความกระฉับกระเฉงขึ้น เกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น
ได้ถูกต้องและเหมาะสม เกิดการช่วยเหลือระหว่างสมาชิก (Advocacy) สมาชิกนำคำแนะนำไปสังเคราะห์
ทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน จะส่งผลให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตคติและความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม และนำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปรับใช้
เมื่อเข้ากลุ่มต่อเนื่องจะทำให้สมาชิกมีทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น จะเห็นว่า
การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้
ความคิด ทักษะคิด มีการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตตามมา ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สรุปดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่มีโรคร่วม จำนวน 2,082 คน อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่มีโรคร่วม พักอาศัยอยู่ในชุมชนตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เดินทางมารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่มีโรคร่วม
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
3. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. เป็นผู้ที่มีความสนใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Power analysis โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ 0.80 และค่า effect size ที่ 7.50⁽¹¹⁾ และใช้ตาราง Cohen⁽¹⁴⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นคู่ ในแต่ละคู่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด ตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รวมได้ 30 คู่ จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการตามแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อซักถามและประเมินอาการ ปัญหาความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้สุศึกษา การให้คำแนะนำ ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัว การให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ตามแนวคิดของ Lyda Hill และ Nancy Smith⁽¹⁵⁾ และจินตนา ยูนิพันธุ์⁽⁶⁾ มาปรับใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามที่ใช้วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 50 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 มีค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ที่ระดับ 0.90⁽¹⁶⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Walz & Bleuer⁽¹³⁾ ซึ่งการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะได้รับการช่วยเหลือ 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุน ทางด้านอารมณ์และสังคม การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะและการให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เช่น ขั้นตอนการจัดกลุ่ม และเนื้อหาที่จะสนทนากันในกลุ่ม ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 5 คน ในเรื่องปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อที่จะนำมาเป็นหัวข้อเรื่องในการจัดกิจกรรมในแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยมุ่งส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจิตเวชและการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมในการวิจัย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประสานขอความร่วมมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมสถานที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนและเกณฑ์ที่กำหนด

2. **ขั้นดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทองแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (Post-test) ส่วนกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (Pre-test) กลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองตามแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศสร้างความรู้จักคุ้นเคย ครั้งที่ 2 รู้จักตนเองเพื่อพัฒนานตนเอง ครั้งที่3 การดูแลตนเองให้ดีเพื่อชีวิตสดใส ครั้งที่ 4 สื่อสารให้ดีมีคนรักยิ่ง ครั้งที่ 5 เผชิญหน้ากับปัญหาเพื่อฟันฝ่าอุปสรรค และครั้งที่ 6 ดำรงชีวิตอย่างไรให้มีความสุข หลังจากการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (Post-test)

พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ.2563 เลขที่ 24/2563 โดยให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสารการเข้าร่วมวิจัย การชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและขั้นตอนของการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ นำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยได้ให้ลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบที (t-test) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส (n=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	15	50.0	15	50.0
หญิง	15	50.0	15	50.0
อายุ				
60-69 ปี	15	50.0	15	50.0
70-79 ปี	13	43.3	13	43.3
80 ปี ขึ้นไป	2	6.7	2	6.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส (n=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	8	26.7	8	26.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	12	40.0	12	40.0
อุดมศึกษา	10	33.3	10	33.3
สถานภาพสมรส				
โสด	10	33.3	10	33.3
สมรส/คู่	16	53.3	16	53.3
หม้าย/หย่า/แยก	4	13.4	4	13.4

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารังนี้มีจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและหญิง ร้อยละ 50 เท่ากัน อายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในช่วง 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 50 เท่ากัน รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 43.3 เท่ากัน และมีจำนวนน้อยที่สุด คือ อายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 6.7 เท่ากัน ระดับการศึกษาสูงสุดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 40 เท่ากัน รองลงมาคือระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 33.3 เท่ากัน และจำนวนน้อยที่สุดคือระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 26.7 เท่ากัน สถานภาพสมรส ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส สมรส/คู่ จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 53.3 เท่ากัน รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 33.3 เท่ากัน และหม้าย/หย่า/แยก มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 13.4 เท่ากัน จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=70.69$, $p=0.00$) โดยที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือ ค่าเฉลี่ย

ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.65 ($\bar{X}=3.65$) และก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 2.64 ($\bar{X}=2.64$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รายด้านและโดยรวม ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ T-test (n=30)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	2.73	0.43	3.73	0.45	29	29.73	0.00
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	2.49	0.41	3.49	0.42	29	39.43	0.00
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	2.63	0.42	3.68	0.37	29	24.62	0.00
การเผชิญปัญหา	2.68	0.34	3.72	0.36	29	38.99	0.00
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบ สนับสนุนทางสังคม	2.61	0.39	3.63	0.39	29	46.02	0.00
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	2.63	0.44	3.59	0.41	29	22.74	0.00
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	2.68	0.19	3.69	0.19	29	57.13	0.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตโดยรวม	2.64	0.16	3.65	0.12	29	70.69	0.00

*p-value<0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนรายด้านและโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=27.56, p=0.00) โดยที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 3.65 ($\bar{X}=3.65$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 2.63 ($\bar{X}=2.63$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนรายด้านและโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t-test (n=60)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	3.73	0.45	2.72	0.43	29	9.83	0.00
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	3.49	0.42	2.46	0.41	29	9.22	0.00
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	3.68	0.42	2.62	0.38	29	9.61	0.00
การเผชิญปัญหา	3.72	0.36	2.66	0.34	29	13.79	0.00
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบ สนับสนุนทางสังคม	3.63	0.39	2.64	0.39	29	9.45	0.00
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3.59	0.44	2.64	0.41	29	9.21	0.00
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	3.69	0.19	2.66	0.18	29	27.98	0.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตโดยรวม	3.65	0.16	2.63	0.14	29	27.56	0.00

*p-value<0.05

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=70.69$, $p=0.00$) อภิปรายได้ว่า การดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนทั้ง 6 ครั้ง เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดเห็น รู้สึก ส่งเสริมการรู้จักตนเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นแสดงบทบาทต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนด้วยกัน เป็นผู้นำ และผู้ตามในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เคยประสบมา⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ต้องมีการปรับปรุงตนเอง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น⁽¹⁷⁾ ซึ่งลักษณะของกิจกรรมครั้งที่ 1 "การปฐมนิเทศสร้างความรู้จักคุ้นเคย" เป็นการเริ่มต้นกิจกรรม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มจะรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม โครงสร้างและการดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการดำเนินการที่จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความไว้วางใจกันในกลุ่ม กล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง สำรวจความรู้สึกของตนเอง โดยเล่าความรู้สึกที่ต้องมาเป็นผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ให้แก่สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และสังคม⁽¹³⁾ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย เป็นการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เกิดการเรียนรู้กันภายในกลุ่ม ซึ่งบรรยากาศในการเข้าร่วมกิจกรรมและสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่ม รู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน⁽¹¹⁾ มีการเสริมแรงทางบวก และให้โอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้น⁽¹²⁾ ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิกกลุ่มดังตัวอย่าง “รู้สึกสบายใจและมีพลัง เมื่อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกับเพื่อนๆ ในกลุ่ม”

เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่ 2-6 ประกอบด้วย กิจกรรมการรู้จักตนเองเพื่อพัฒนาตนเอง ดูแลตนเองให้ดีเพื่อชีวิตสดใส สื่อสารให้มีความรักยิ่ง เฝียหน้ากับปัญหาเพื่อฟันฝ่าอุปสรรค ตลอดจนการดำรงชีวิตอย่างไรให้มีความสุข ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์จากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนคนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ได้มีโอกาสร่วมรับรู้ปัญหาของคนอื่นๆ ในกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ซึ่งกันและกัน รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงคนเดียว ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม⁽¹³⁾ มีความกระจำขึ้น เกิดการเรียนรู้ว่าจะจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้องและเหมาะสมได้อย่างไร อีกทั้งบรรยากาศการดำเนินกลุ่มไม่ตึงเครียด ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิกกลุ่มดังตัวอย่าง “หลาย ๆ ครั้ง ไม่รู้ว่าจะจัดการตัวเองอย่างไร แต่เมื่อเข้ากลุ่มนี้ ทำให้ได้แนวทางจากเพื่อนสมาชิกในการจัดการและดูแลตนเอง”

ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครอบคลุมเนื้อหาของ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในเรื่องการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็นหัวข้อที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ต้องการทราบและสนใจ และกระบวนการกลุ่มทั้ง 6 ครั้ง ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้มีส่วนร่วมในบทบาทการเป็นผู้นำกลุ่ม และกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะ จากกลุ่มเพื่อนสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม⁽¹⁷⁾

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน หลังการทดลอง ระหว่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=27.56$, $p=0.00$) อภิปรายได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้มีโอกาสพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น และช่วยกันหาแนวทางในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีการประคับประคองจิตใจ อารมณ์และสังคม เกิดความเข้าใจ ส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ยอมรับคำแนะนำและความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่นๆ โดยมีผู้วิจัยคอยตอบคำถาม และให้ข้อมูลในโอกาสที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่อยู่ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีโอกาสน้อยที่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์หรือซักถามข้อสงสัย ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิกกลุ่มดังตัวอย่าง “ได้แนวทางจากเพื่อนสมาชิกในการดูแลกายและใจให้ดีขึ้น”

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นช่วยก่อให้เกิดการสนับสนุน ประคับประคองจิตใจ ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับ สมาชิกจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยกันที่เป็นสมาชิกกลุ่มและมีประสบการณ์ตรง และสมาชิกในกลุ่มที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้มาร่วมระบายนความรู้สึกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดทัศนคติ อารมณ์ และพฤติกรรม จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการพยาบาล** นำแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนไปปรับใช้กับผู้ป่วยอื่นๆ ในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ โดยการจัดรูปแบบกลุ่มที่ผู้ป่วยมีปัญหาคคล้ายกันหรือมีโรคเดียวกัน เนื่องจากกระบวนการกลุ่ม สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มได้อย่างครอบคลุม และควรมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ให้ความสำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และควรมีการติดตามผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2. **ด้านการบริหาร** นำเสนอผู้บริหารเกี่ยวกับผลงานวิจัยให้มีนโยบายและแผนที่จะสนับสนุนให้มีการใช้แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยมีการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ และควรมีการจัดอบรมแกนนำของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ในการประสานงานกับสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะคงไว้ซึ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และสามารถพัฒนาให้คงอยู่เพื่อพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้การช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มด้วยกัน

3. **ด้านการศึกษาพยาบาล** นำผลการวิจัยและแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไปใช้ในการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝึกปฏิบัติในส่วนของงานจิตเวชชุมชน จะช่วยให้นักศึกษามีจุดประสงค์และแนวทางที่ชัดเจน ในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนเห็นความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

4. **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย** ควรมีการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และการติดตามผล และควรมีการศึกษาเพื่อขยายผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ เพื่อสร้างกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนควรมีการวิจัยและพัฒนากิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในด้านอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต ความสามารถในการเผชิญความเครียด การเผชิญปัญหา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ที่กรุณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย ทำให้ผลงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2554.
2. พวงทอง ไกรพิบูลย์. โรคของหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ; 2555.
3. ประเสริฐ อุตสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน; 2554.

4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.จำนวนและอัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิ.ย. 4]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่. สรุปรายงานจำนวนผู้ป่วยประจำปี 2563. มปท; 2563.
6. จินตนา ยูนิพันธุ์. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยในภาคกลาง. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
7. อธิญา พงษ์อร่าม. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้สูงอายุ]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
8. Robinson D. Self-help groups. Br J Hosp Med. 1978 Sep;20(3):306-11.
9. ธนิตา ทีปะปาล, ปภาสินี แซ่เตี๋ย. การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคเมะเร็ง: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิจัยและนวัตกรรมการทางสุขภาพ. 2563; 3(2):1-14.
10. บุปผา ธนิกกุล, เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2555;26(2):74-86.
11. อัญชลี ตักโพธิ์, ชมชื่น สมประเสริฐ, เอกอุมา อัมคำ. ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560; 35(3):109-19.
12. ไพรัชสิทธิ์ สันตะพันธุ์, ศิริยุทธ บุสหงษ์, เขวลิต ศรีเสริม, อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563; 17(2):50-61.
13. Walz GR, Bleuer C, editors. Developing Support Groups for Students: Helping Students Cope with Crisis. Michigan: Eric; 1992.
14. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.; 1988.
15. Hill L, Smith N. Self-Care Nursing Promotion of Health. 2nd ed. New Jersey: Appleton & Lange; 1990.
16. Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, & Utilization. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2004.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

บัณฑิตา ภูอาษา, พย.ม.*^a, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, พย.ด.**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อีกทั้งผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายไปกับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตได้ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยสนับสนุนทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 84 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของมหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU-DI) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81, 0.78 และ 0.83 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r=-0.22$) การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า; การสนับสนุนทางสังคม; ความผาสุกทางจิตวิญญาณ; ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

^a Corresponding author บัณฑิตา ภูอาษา Email : pom1154@hotmail.com

รับบทความ: 27 มี.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 เม.ย. 65; ตอรับตีพิมพ์: 21 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 30 พ.ค. 65

Relationships between Depression, Social Support and Spiritual Well-being of Patients with End Stage Renal Disease

Buntita Phuarsa, MNS^{*a}, Suparat Phisaiphanth, Ph.D. (Nursing)^{**}

Abstract

Patients with end-stage renal disease face physical, mental, emotional, and social suffering. The disease affects patient's mental health problems. Depression, social support, and spiritual well-being are essential for psychological supporting factors. These factors enable patients in face incurable illnesses, living with the disease while maintaining quality of life in the last moments of life. This correlational research aimed to investigate the relationship between depression, social support, and spiritual well-being of patients with end-stage renal disease. Samples were 84 patients with end-stage renal disease purposively selected based on criteria from a renal disease clinic in Muang district, Ubon Ratchathani province. The Khon Kaen University Depression Inventory Questionnaire (KKU-DI), the social support questionnaire, and the spiritual well-being scale were used for data collection. The reliabilities of the questionnaires were 0.81, 0.78, and 0.83, respectively. Descriptive statistics and Pearson's product-moment correlations were used for data analysis.

The research found that depression and social supports had no significant relationship with spiritual well-being at $p=0.05$. There was a negative relationship between depression and social supports at $p=0.05$ ($r=-0.22$). This study suggested that future research should focus on other factors that may affect the spiritual well-being of patients with renal disease. Patient care guidelines were also suggested.

Keywords : Depression; Social support; Spiritual well-being; Patients with end-stage renal disease

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Udontani

^a Corresponding author : Buntita Phuarsa Email : pom1154@hotmail.com

Received: Mar. 27, 22; Revised: Apr. 21, 22; Accepted: Apr. 21, 22; Published Online: May 30, 22

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะที่หน่วยไตมีการทำงานลดลงอย่างถาวร ทำให้การขจัดของเสีย และการรักษาสสมดุลของน้ำอิเล็กโทรไลต์ กรดต่างในร่างกายลดลงจนเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease) ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม.⁽¹⁾ หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตและการปลูกถ่ายไต (Renal replacement therapy) ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis) หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) เพื่อช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย⁽²⁾ จากข้อมูลของสมาคมโรคไตในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ฟอกไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไตทั้งหมดในประเทศไทยจำนวนกว่า 75,000 ราย หรือ 1,198 รายต่อประชากร 1 ล้านคนและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการบำบัดทดแทนไตจะช่วยให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีชีวิตที่ยืนนานมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไต เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยไตเทียม ภาวะติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง ปวดท้อง ปวดหลัง ไข้เลือด ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง หรือภาวะติดเชื้อ ภาวะต่อต้านไตที่เปลี่ยนใหม่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ล้วนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง⁽³⁾ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องประสบปัญหาภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดขึ้นจากการดำเนินของโรคหรือจากกระบวนการบำบัดรักษา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อีกทั้งผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายไปกับการรักษา อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตได้ การดูแลด้านจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโดยการดูแลด้านจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและสามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล ความสงบและมีความสุข มีความแข็งแกร่งของจิตใจ พอใจในความเป็นอยู่ของตน และสามารถยอมรับความจริง⁽⁴⁾ ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้น จะยอมรับกับความจริง เห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้⁽⁵⁾ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ⁽⁶⁾ ญาติและพยาบาลควรสนับสนุนการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ศรีรัตน์ กินาวงศ์⁽⁴⁾ ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคะแนนความผาสุกด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง และทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับมาก มีความต้องการที่จำเป็นในข้อที่รู้สึกจิตใจว่าวุ่น กระวนกระวาย ไม่มีความสุขสงบตั้งแต่รู้ว่าเริ่มเจ็บป่วยเป็นความต้องการจำเป็นที่มีค่าสูงสุด⁽⁷⁾ คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยที่ร่วมทำนายความผาสุกทางใจคือ ความสามารถ

ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม⁽⁸⁾ และพบว่า ความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ⁽⁹⁾

ภาวะซึมเศร้า พบได้บ่อยในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายที่เกิดการเจ็บป่วยและอาการเจ็บป่วยที่เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองในด้านต่างๆ บางกิจกรรมต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติ หรือผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อการ เผชิญความเครียด เกิดความทุกข์ และมีภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นนี้ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดลงอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ พงศพิศพัชร และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรัง พบการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.6 ของผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งอาจเกิดส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ ฆ่าตัวตายตามมาได้⁽¹¹⁾ ควรเน้นให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวยอมรับกับพยาธิสภาพของโรค และการรักษา เพื่อลดอาการของภาวะซึมเศร้า หากวินิจฉัยพบในระยะแรกกว่า มีภาวะซึมเศร้า จะสามารถหาแนวทางการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรค และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อรัญญา นามวงศ์⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ศรีนยา พลสิงห์ชาญ⁽¹³⁾ พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ความเครียด และความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยสร้างเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวที่เหมาะสม ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเอง ถูกเป็นที่รักและเอาใจใส่ รู้สึกปลอดภัย นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี รุ่งจิรา นกบุญ⁽⁸⁾ ศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีการใช้มิติการสนับสนุนทางสังคมที่ต่อเนื่องอย่างแยกออกจากกันไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติกลุ่มนี้จึงมีความสัมพันธ์กันในบริบทการสนับสนุนทางสังคม ชัชวาล วงศ์สารี⁽¹⁴⁾ และสมฤทัย เจริญโฮง⁽¹⁵⁾ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความยืดหยุ่นในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ วริศา จันทรงสิริกุล⁽¹⁶⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิชูโรดา นิมุ⁽¹⁷⁾

ได้ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสนับสนุนทางด้านจิตใจที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อการดูแลแบบประคับประคองและตอบสนองด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานต่างๆ และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18 ตำบล จำนวนทั้งสิ้น 1,067 คน⁽¹⁸⁾

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมโรคไตทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่ระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป

2) มีคะแนนการทดสอบภาวะสมองเสื่อม ตามแบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองจากสถาบันทั่วประเทศแบบทดสอบนี้ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-30 คะแนน หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนรวมเท่ากับหรือน้อยกว่า 23 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติด้านการรับรู้ ซึ่งขาดคุณสมบัติเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน

3) สภาพร่างกายพร้อมที่จะให้ข้อมูล สามารถสื่อสารและโต้ตอบกับผู้วิจัยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การมองเห็น การได้ยิน สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ดี

4) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้

กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีเจ็บป่วยเฉียบพลันในระหว่างการทำวิจัย ได้แก่ หัวใจวาย การติดเชื้อรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนตามระบบต่างๆรุนแรง เช่น การผ่าตัดหัวใจ

2) โรคหลอดเลือดสมอง โรคเอดส์ โรคทางจิตเวช

3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผังแร่ ฉายแสง

4) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีโรคอื่นๆ ที่ทำให้มีชีวิตไม่ถึง 6 เดือน เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งเพศชายและเพศหญิง มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองหาง (Two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพลปานกลางเท่ากับ 0.30 ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 84 ราย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้

1. สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก จากแต่ละตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยขนาดใหญ่มีจำนวน 3 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 8 แห่ง และขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง หลังจากนั้นคำนวณตามสัดส่วน ขนาดใหญ่ : ขนาดกลาง : ขนาดเล็กเท่ากับ 1:2:1 แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบสลากแบบไม่คืน เพื่อให้จำนวนตามสัดส่วนจำนวน

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 แห่ง โดยวิธีทวิภาคแบบไม่คืน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วม ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ผล Blood Urea Nitrogen (BUN), ผล Creatinine (Cr), ผล Estimated glomerular filtration rate (eGFR) และประวัติการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 1 ปี

ตอนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับคนไทยในชุมชน (Khon Kaen University Depression Inventory: KKU-DI)⁽¹⁹⁾ สร้างโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นเพื่อนำไปใช้ประเมินกลุ่มประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยได้รับการปรับให้เป็นภาษาเฉพาะสำหรับประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อที่เกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย อาการของภาวะซึมเศร้า อาการทางกาย พฤติกรรมเชิงซ้ำกว่าปกติ และไม่ยอมรับประทานอาหาร

การแปลผลคือ ระดับเล็กน้อย (Mild) คือ ชาย 5-12 และหญิง 6-12 คะแนน ระดับปานกลาง (Moderate) คือ 13-14 คะแนน ระดับรุนแรง (Severe) คือ ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้น

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social support questionnaire) ได้พัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Schaefer⁽²⁰⁾ พัฒนาโดย อรพรรณ ลือบุญวัชชัย⁽²¹⁾ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรและวัตถุ จำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ, 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ และ 3) ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ จำนวน 5 ข้อ โดยแต่ละข้อย่อยมีคะแนน 0-5 คะแนน

การแปลผลคือ นำคะแนนทุกด้านมารวมกัน โดยคะแนนที่ยิ่งสูงแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น แปลผลโดยอาศัยการกระจายของข้อมูลซึ่งหากข้อมูลมีการกระจายปกติจะใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้คือ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คือ ผู้ที่มีคะแนน มากกว่า mean + SD การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ผู้ที่มีคะแนน ระหว่าง mean $\pm$ SD และการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คือผู้ที่ได้ค่าคะแนน ต่ำกว่า mean-SD

ตอนที่ 4 แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดย พอลูทเซียนและเอลลิสัน แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนิญา น้อยเปิง⁽²²⁾ ซึ่งดัดแปลงและปรับข้อคำถามเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อให้เหมาะสมกับคนไทยที่นับถือศาสนาพุทธได้นำมาปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.81 แบบประเมินนี้ใช้สะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณใน 2 ด้าน คือ 1) ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างน้อย และ 2) ความผาสุกในศรัทธายึดมั่นในศาสนา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีการแปลผล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 20-40 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 41-99 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 100-120 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจำนวน 3 คน นำเครื่องมือเก็บข้อมูลมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index)⁽²³⁾ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาโดยรวมทุกแบบสอบถามเท่ากับ 0.80

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁽²²⁾ พบว่าแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ เท่ากับ 0.83 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับคนไทยในชุมชน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 และ 0.78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้รับการแนะนำตัวจากผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการทำวิจัยขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที ในสถานที่สงบมีความเป็นส่วนตัวและสะดวกต่อผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ใบรับรองเลขที่ EC 15/2562 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา สิทธิในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วมระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ผล Blood urea nitrogen (BUN), ผล Creatinine (Cr), ผล Estimated glomerular filtration rate (eGFR) และประวัติ การเข้ารับการรักษาซ้ำใน 1 ปี ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเป็นชาย (ร้อยละ 57.14) มีอายุ 61-80 ปี (ร้อยละ 54.76) อายุเฉลี่ย 61.62 ปี (Mean= 61.62, SD=10.24, Min=20, Max=83) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.77) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.57) ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 65.47) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีโรคร่วม 1 โรค (ร้อยละ 57.14) โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน (ร้อยละ 52.38) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21.43) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังต่ำกว่า 4 ปี (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาคือ บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 71.43) ส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 64.29) ผล Estimated glomerular filtration rate (eGFR) เฉลี่ย 17.85 (Mean=17.85, SD=14.25, Min=2.87, Max=59.31) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่ำกว่า 4 ปี (ร้อยละ 57.14) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลใน 1 ปี (ร้อยละ 75.00)

ตอนที่ 2 คะแนนของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.27 (SD=6.49) ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.65 (SD=9.94) ค่าคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.44 (SD=11.95) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (n=84)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ภาวะซึมเศร้า	8.27	6.49	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	62.65	9.94	ปานกลาง
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	77.44	11.95	ปานกลาง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = 0.09, p < 0.05$) การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = 0.12, p < 0.05$) และ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = -0.22^*, p < 0.05$)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (n=84)

ตัวแปรอิสระ	ภาวะซึมเศร้า	การสนับสนุนทางสังคม	ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ภาวะซึมเศร้า	1		
การสนับสนุนทางสังคม	-0.22*	1	
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	0.09	0.12	1

* $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.27 (SD=6.49) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งเป็นโรคที่ไม่หายขาดจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายที่เกิดการเจ็บป่วยและอาการเจ็บป่วยที่เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองในด้านต่างๆ บางกิจกรรมต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อการเผชิญความเครียด เกิดความทุกข์และมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ พงศพิศพัชร และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบการศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.60 ของผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งอาจเกิดส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ ฆ่าตัวตายตามมาได้⁽¹¹⁾ ส่วนค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.65 (SD=9.94) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติกลุ่มนี้จึงมีความสัมพันธ์กันในบริบทการสนับสนุนทางสังคม ชัชวาล วงศ์สารี⁽¹⁴⁾ ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้บุคคลรู้สึกตัวตนถูกเป็นที่รักและเอาใจใส่ รู้สึกปลอดภัย นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี รุ่งธิwa นักบุญ⁽⁸⁾ สำหรับค่าคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.44 (SD=11.95) อภิปรายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษาเป็นระยะเวลานาน ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ จึงมีการปรับตัวและแสวงหาวิธี โดยการปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนา การทำบุญให้พระ สวดมนต์ เพื่อช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งธิwa นักบุญ ที่ศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยที่ร่วมทำนายความผาสุกทางใจคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม⁽⁸⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้มีความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้การแปลความหมาย และการเข้าใจความหมายของชีวิต ซึ่งเมื่อบุคคล

อายุมากขึ้นจะมีการพึ่งพาศาสนาเพื่อสร้างความหมายในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 57.14 ซึ่งผู้ป่วยที่สมรสและครองชีวิตคู่มักมีกำลังใจสามารถเผชิญปัญหาได้ดี มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน แม้ว่าจะมีการเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็จะรู้สึกอบอุ่น รู้สึกไว้วางใจ ไม่โดดเดี่ยว และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มีความสามารถในการเผชิญกับความเครียด ลดวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา นามวงศ์⁽¹²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของ ศรีนิยา พลสิงห์ชาญ⁽¹³⁾ พบว่าระดับความเครียดและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ วราภรณ์ ภูคา⁽⁹⁾ ที่พบว่าความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สิทธิพร โนรี⁽²⁵⁾ ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตหนึ่งที่สำคัญทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น ควรมีการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อหาแนวทางการป้องกันดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมครอบครัวขยาย มีบุตรหลานญาติอาศัยอยู่ด้วยกันภายในบ้าน ทำให้มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือ ประกอบกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะกับเพื่อนผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยกัน เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัว และแนวทางในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ สามารถยอมรับและเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชูไรดา นิมุ⁽¹⁷⁾ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังและอรัญญา นามวงศ์⁽¹²⁾ ศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ รุ่งจิรา นกบุญ⁽⁸⁾ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนาย

ความแปรปรวนของความผาสุกทางใจของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ และวารสาร ณ ภูคา⁽⁹⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเครียด ความแข็งแกร่ง และยืดหยุ่นของชีวิต และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้จากจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายที่เกิดการเจ็บป่วย และอาการเจ็บป่วยที่เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองในด้านต่างๆ บางกิจกรรมต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติหรือผู้ดูแล ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในงานวิจัยในครั้งนี้จะมีอาการนอนไม่หลับ ใจลอยขาดสมาธิง่าย กระวนกระวาย รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในชีวิตไม่อยากจะพูดคุยหรือพบปะกับใคร หมดหวังและคิดฟุ้งซ่านอยู่แต่กับเรื่องเดิม จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดผูกพันผู้ป่วยมากที่สุด และในขณะที่อยู่บ้านผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดได้ด้วยตนเอง การให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ และสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิดา วิชัยศักดิ์⁽²⁶⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัว คนรอบข้าง และทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ส่งผลให้ดูแลตัวเองได้ดีขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตหรือล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต การศึกษาของ วริศา จันทรังสีวรกุล⁽¹⁶⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอรรัญญา นามวงศ์⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขึ้นสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษารั้งนี้ ไปส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการลดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต่อไป
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง และสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่กรุณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง แบบองค์รวมชนิดประคับประคอง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2560.
2. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์. 2558;40(5):5-18.
3. ศยามล สุขชา. การรักษาแบบประคับประคอง:ทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2561 พฤศจิกายน 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-knowledge-article-info.php?id=415.html>
4. ศรีรัตน์ กินาวงศ์. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. เชียงรายเวชสาร. 2559;8(1):131-7.
5. พระครูปริยัติธรรมวิบูล (ชวี อิสฺสโร), พระมหาเผื่อน กิตติโสภโณ, ลำพอง กลมกุล. รูปแบบการเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพุทธจิตวิทยา. รมยสาร. 2561;16(ฉบับพิเศษ):413-30.
6. อรญา เย็นเสมอ. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2560;(40)2:55-64.
7. เบญญาภา มุกสิธิพานัน, ขจี พงศธรวิบูลย์, บุญทิศา สุวิทย์, อำพันธ์ เจนสุวรรณ, ยุพา วงศ์สรไตร. ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความต้องการจำเป็นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(1):63-76.

8. รุ่งจิรา นักบุญ. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.
9. วราภรณ์ ฤคา, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. Nursing Science Journal of Thailand. 2020;38(1):73-85.
10. รวีวรรณ พงศ์พิพัฒน์, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ, จงจิต เสน่หา, นพพร ว่องสิริมาศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31(1):52-61.
11. สุกิศา ปลูกรักษ์. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561;8(1):72-80.
12. อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองอ่อน, วชิร ไซยจินดี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2561;19(2):97-105.
13. ศรีนยา พลสิงห์ชาญ, คมวัฒน์ รุ่งเรือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2561;10(1):129-41
14. ชัชวาล วงศ์สารี, เรณู อาจสาธิต. ประสิทธิภาพการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร. 2559; 9(2):132-44.
15. สมฤทัย เจริญโรตง. ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการพยาบาล. 2562;21(2):51-66.
16. วริศา จันทรังสีวรกุล, จิราจันท์ คณชา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;44(1):88-101.
17. นิษฐ์โรดา นิม, กาญจน์สุนัฏ บาลทิพย์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลา. 2564;41(1):88-103.

18. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานะสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2561 ตุลาคม 26]. เข้าถึงได้จาก www.phoubon.in.th/data/data59/healthstatus_59.pdf.
19. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ. การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KGU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553;55(2):177-89.
20. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981; 4(4):381-405.
21. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
22. ธนิญา น้อยเปียง. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
23. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
24. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์; 2549.
25. สิทธิพร โนรี. ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2560;35(4):302-12.
26. วนิตา วิชัยศักดิ์, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, ยิงยศ อวิหิงสานนท์. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการพอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตโรงพยาบาลจุฬาภรณ์. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*. 2561;62(1):91-105.

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด

ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, พย.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด กับมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานหลังคลอดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) เชื่อว่าการดื่มน้ำอุ่นจะช่วยบำรุงน้ำนม (95%) 2) เชื่อว่ากินผักชีลาว หัวปลี ยอดใบอ่อนสลัด ดอกแค ยาสามราก ข่า จะช่วยบำรุงน้ำนม (78.8%) และ 3) เชื่อว่าการกินน้ำแข็งจะทำให้ปวดมดลูก (76.3%)

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการอยู่ไฟหลังคลอดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่ไฟและน้ำคาวปลายังไม่หมดจะทำให้เกิดการติดเชื้อ (95.7%) 2) เชื่อว่าการอยู่ไฟทำให้ร่างกายแข็งแรง มดลูกเข้าอู่เร็ว ขับน้ำคาวปลา เลือดลมไหลเวียนดี มีน้ำนมมาก ไม่ปวดท้องและไม่ปวดแหว (88.8%) และ 3) เชื่อว่าการอยู่ไฟในห้องขนาดเล็กและไม่มีที่ระบายอากาศ จะเป็นการเพิ่มความร้อน จนทำให้เป็นไข้ได้ (55%)

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าบางความเชื่อยังปฏิบัติอยู่เช่นเดิม บางความเชื่อมีเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ แต่บางความเชื่อไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน มารดาหลังคลอดจะเลือกปฏิบัติตามความเชื่อที่สืบทอดกันมาเพราะเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและการบำรุงน้ำนมเพื่อเลี้ยงดูบุตรพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรพิจารณาและใช้ประกอบการให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดต่อไป

คำสำคัญ : ความเชื่อหลังคลอด; การรับประทานอาหารหลังคลอด; การอยู่ไฟหลังคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

^a Corresponding author ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร Email : ppromsaka@yahoo.com

รับบทความ: 7 มี.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 23 เม.ย. 65; ดอกรับตีพิมพ์: 23 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 31 พ.ค. 65

Beliefs about Post-partum's Eating and Yu-Fai after Child Birth

Piyanuch Promsaka Na Sakolnakorn, MNS^{*a}

Abstract

This research aimed to study postpartum beliefs in eating and Yu-Fai (lie near the fire after childbirth) during the first two hours after delivery with mothers giving births at Nong Bua Lamphu Hospital. The data were collected using questionnaires and were analyzed with descriptive statistics. The results showed that:

1. Top three beliefs about postpartum eating were: 1) drinking warm water would nourish and increase the amount of breast milk (95%), 2) eating dill, banana blossom, cowslip creeper, Vegetable hummingbird, three root herbs and galangal helped nourish and increase the amount of breast milk (78.8%), and 3) eating ice would cause afterpain (uterine pain) (76.3%).

2. The top three beliefs about Yu-Fai were: 1) sexual intercourse during Yu-Fai while lochia still presents would cause infections (88.8%), 2) Yu-Fai helped strengthen body, helped with good involution of uterus, good flow of lochia and good blood circulation, helped producing more breast milk, reduce abdominal and waist pain (88.8%), and 3) Yu-Fai in a small room with little or no ventilation would increase heat and cause fever (55%).

This research showed that some beliefs are still in practice. Some beliefs are scientifically rational while some cannot be clearly explained. Postpartum mothers choose to follow their inherited beliefs because of benefits to health and increase the amount of breast milk for babies. Nurses and healthcare workers should consider and use these practices in recommendations for promoting postpartum health among mothers.

Keywords : Postpartum beliefs; Postpartum eating; Yu-Fai

* Registered Nurse, Senior Professional Level. Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

^a Corresponding author : Piyanuch Promsaka Na Sakolnakorn Email : ppromsaka@yahoo.com

Received: Mar. 7, 22; Revised: Apr. 24, 22; Accepted: Apr. 24, 22; Published Online: May 31, 22

บทนำ

ระยะหลังคลอด เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในร่างกายเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ในช่วงแรกมักมีอาการแปรปรวนได้ง่ายจากการเพิ่มขึ้นและลดลงของระบบฮอร์โมนในช่วงแรกหลังคลอด จนอาจทำให้เกิดความกังวลใจในการเลี้ยงดูลูก และกลัวต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น การเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงจำเป็นต้องให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อให้กลับคืนสู่สภาพเดิม⁽¹⁾ การดูแลสุขภาพหลังคลอดขณะอยู่โรงพยาบาลจะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์และการพยาบาล เมื่อกลับมาอยู่บ้านจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละครอบครัวและแต่ละพื้นที่⁽²⁾ โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกายและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็ว อย่างไรก็ตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด จะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ หากเชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการปฏิบัติตัว ย่อมมีการปฏิบัติตัวไปในทางที่ดีและถูกต้อง ในทางตรงข้ามหากมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นกับโชคและชะตากรรม ก็จะมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพไปในอีกรูปแบบหนึ่งได้⁽³⁾ ความเชื่อจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่เกิดมาควบคู่มากับการสร้างอารยธรรมของมนุษย์ บางความเชื่อเป็นสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล หรือเป็นสิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ⁽⁴⁾ และความเชื่อเหล่านั้นได้ถูกสืบทอดกันมาหลายสมัยจนกลายเป็นวัฒนธรรมโดยไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน ปฏิบัติภายใต้การแนะนำของผู้รู้ คนเฒ่าคนแก่ หรือผู้สูงอายุในครัวเรือนหรือในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ แม้บุคคลจะมีการรับรู้และการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน แต่จะมีบางอย่างที่ปฏิบัติเหมือนกันตามวัฒนธรรมของตนเอง ค่านิยมทางวัฒนธรรมจึงมีความสำคัญต่อการกำหนดวิถีและแนวทางการดูแล เป็นตัวกำหนดแบบแผนชีวิตและมีอิทธิพลในการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ดังเช่น การแพทย์พื้นบ้านถือเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในสังคมไทยที่มีการปฏิบัติสืบทอดกันมาช้านานโดยเฉพาะในสังคมชนบท การดูแลสุขภาพหลังคลอดจะใช้หลากหลายวิธี อาทิ การอยู่กรรม (การอยู่ไฟ) การมีพิธีกรรมที่เกี่ยวกับการเกิด เช่น การฝังรก การรับขวัญเด็ก การปราบผีพราย ผีป่าไม่ให้มาทำร้ายเด็ก รวมถึงการใช้สมุนไพรหลายชนิดที่มีทั้งแบบเดี่ยวและแบบตำรับ การอาบสมุนไพรเพื่อทำความสะอาดร่างกายขณะอยู่ไฟ ขับน้ำคาวปลาและให้มดลูกเข้าอู่ การกินอาหารและสมุนไพรเพื่อบำรุงน้ำนม บำรุงเลือด เป็นต้น⁽⁵⁾ และยังพบว่า การแพทย์พื้นบ้านของสังคมไทยนี้มีจุดเด่น คือ มีการดูแลกันแบบองค์รวมโดยได้แยกบุคคลออกจากครอบครัว⁽⁶⁾ ซึ่งการดูแลเช่นนี้เป็นความสัมพันธ์ที่มั่นคงในการดูแลกันของคนในครอบครัวและชุมชนที่อาศัยอยู่ และเมื่อคิดว่าเกิดประโยชน์ก็จะมีการสืบทอดกันจากรุ่นสู่รุ่น สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของเบคเกอร์ (Becker) ที่กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดก็เพราะเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นจะทำให้มีสุขภาพดีและป้องกันโรคได้

โดยขึ้นกับ 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ความพร้อมที่จะปฏิบัติ 2) การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัตินั้น และ 3) มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ⁽⁷⁾ ดังนั้นพยาบาลจะต้องเรียนรู้และเข้าใจในบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อของมารดาหลังคลอดแต่ละราย สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลเชิงวัฒนธรรม (Cultural care diversity) ที่กล่าวว่าเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การพยาบาลแบบองค์รวม ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม⁽⁸⁾ แม้เวลาได้ผ่านไปหลายปี การปฏิบัติตัวตามความเชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่นก็ยังคงมีให้เห็นอยู่ จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด เพื่อใช้เป็นแนวทางการให้ความรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับความเชื่อวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นของมารดาหลังคลอดแต่ละรายในยุคปัจจุบันได้

คำถามการวิจัย

มารดาหลังคลอดในปัจจุบันยังคงมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟในประเด็นอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive research) เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2563 และเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากจำนวนมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอด ตีตกคลอด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 6 เดือนย้อนหลังตั้งแต่เดือนกรกฎาคม- ธันวาคม 2562 มาคำนวณหาค่าเฉลี่ยได้เท่ากับ 79.33 คน คิดเป็น 80 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มารดาคลอดปกติพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่ตึกคลอดโรงพยาบาลหนองบัวลำภู 2) สามารถสื่อสารโต้ตอบกันได้ และ 3) ยินดีให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกมีดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกช่วยคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2) ถูกพักฟื้นในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดนอกตึกคลอด 3) ไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบเลือกตอบจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การมีผู้ช่วยดูแลหลังคลอด สถานที่พักฟื้นหลังคลอด สถานที่พักหลังคลอด ความสะดวกในการหาซื้ออาหารมารับประทานหลังคลอด และเศรษฐกิจหลังคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟหลังคลอด ผู้วิจัยได้ทำขึ้นโดยอาศัยการทบทวนเอกสารความเชื่อ การดูแลหลังคลอด การดูแลเชิงวัฒนธรรม และการแพทย์พื้นบ้าน และแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ มาประกอบในการสร้างแบบสอบถามรวมจำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด คือ

1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวน 24 ข้อ แบ่งย่อย ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ประเภทข้าวแบ่ง 1 ข้อ เนื้อสัตว์ 9 ข้อ ผัก ผลไม้ 8 ข้อ และน้ำดื่ม น้ำต้มผักสมุนไพร 6 ข้อ

2) ความเชื่อเกี่ยวกับการอยู่ไฟ 16 ข้อ แบ่งย่อย ออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการอยู่ไฟ 4 ข้อ และระยะอยู่ไฟ 12 ข้อ

โดยการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกในแต่ละข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ เชื่อและไม่เชื่อ พร้อมให้ระบุเหตุผลพอสังเขปของการเชื่อและไม่เชื่อตามคำถามในแต่ละข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถาม (IOC: Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.90 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เอกสารรับรอง IRB เลขที่ 9/2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 80 ชุด ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบแบบสอบถาม ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยจำนวนและค่าร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอดด้วยจำนวนและค่าร้อยละ และการอภิปรายผลต่อไป

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** พบว่า ส่วนใหญ่มารดาหลังคลอดอายุอยู่ในระหว่าง 14- 20 ปีมากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรกมากที่สุด จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 82.5 ร้อยละ 100 มีผู้ช่วยเหลือดูแลหลังคลอด พักอาศัยอยู่บ้านตนเองหรือบ้านของพ่อแม่ตัวเอง/สามีคิดเป็นร้อยละ 96.3 ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมือง/ตำบลคิดเป็นร้อยละ 73.8 มีความสะดวกในการซื้อหาอาหารมารับประทานในระยะหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 91.3 หลังคลอดครั้งนี้มีความเพียงพอในการใช้จ่ายและมีเงินพอเหลือเก็บบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 67.5

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานหลังคลอดมากที่สุด 3 อันดับแรก (ตารางที่ 1) คือ 1) ข้อที่ 23 เชื่อว่าการดื่มน้ำอุ่นจะช่วยบำรุงน้ำนมคิดเป็นร้อยละ 95, 2) ข้อที่ 11 เชื่อว่ากินผักชีลาว หัวปลี ยอดใบสลิ ดอกแค ยาสามรากฆ่า จะช่วยบำรุงน้ำนมคิดเป็นร้อยละ 78.8 และ 3) ข้อที่ 24 เชื่อว่าการกินน้ำแข็งจะทำให้ปวดมดลูกคิดเป็นร้อยละ 76.3 ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานหลังคลอดที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) ข้อที่ 21 เชื่อว่าการดื่มยาตอง เหล้าขาวจะช่วยขับน้ำคาวปลา, 2) ข้อที่ 22 เชื่อว่าการดื่มเหล้าวันละ 1 แก้ว (50 ซีซี) ทำให้ลูกหลับง่ายไม่ร้องไห้งอแงคิดเป็นร้อยละ 6.2, 3) ข้อที่ 4 เชื่อว่าการกินปลาตุ๋กจะทำให้แผลฝีเย็บหายเร็ว และ 4) ข้อที่ 17 เชื่อว่าการกินตำลึง สะเดา จะมีอาการเวียนศีรษะคิดเป็นร้อยละ 11.2

ความเชื่อเกี่ยวกับการอยู่ไฟหลังคลอดมากที่สุด 3 อันดับแรก (ตารางที่ 1) คือ 1) ข้อที่ 32 เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่ไฟและยังมีน้ำคาวปลาจะทำให้เกิดการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 95.7, 2) ข้อที่ 29 เชื่อว่าการอยู่ไฟทำให้ร่างกายแข็งแรง มดลูกเข้าอู่เร็ว ขับน้ำคาวปลา เลือดลมไหลเวียนดี มีน้ำนมมาก ไม่ปวดท้องและไม่ปวดเอว คิดเป็นร้อยละ 88.8 และ 3) ข้อที่ 25 เชื่อว่าการอยู่ไฟในห้องขนาดเล็กและไม่มีที่ระบายอากาศ จะเพิ่มความร้อนทำให้เป็นไข้ได้ คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการอยู่ไฟหลังคลอดที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) ข้อที่ 27 เชื่อว่า การเข้าซื้อ คือการนอนตะแคงให้หมอต่ำแยเหยียบ สะโพกจะทำให้กระดูกเชิงกรานกลับเข้าที่ คิดเป็นร้อยละ 12.5, 2) ข้อที่ 34 เชื่อว่าก่อนเข้ากระโจม ให้น้ำวานานางค้ำผสมกับเหล้าขาวและการบูร ทาบำรุงผิวพรรณจะดี คิดเป็นร้อยละ 13.8 และ 3) ข้อที่ 26 เชื่อว่า การอยู่ไฟด้วยไม้ทองหลางจะช่วยป้องกันการปวดมดลูกและช่วยแก้พิษเลือด คิดเป็นร้อยละ 16.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด
จำแนกเป็นรายข้อ (n=80)

รายการประเมินความเชื่อ	เชื่อ		ไม่เชื่อ	
	n	%	n	%
การรับประทานอาหาร				
1. เชื่อว่ากินข้าวจี๋ (ข้าวเหนียวปั้น ทาเกลือย่างไฟ) ทำให้แผลฝีเย็บหายเร็ว	19	23.7	61	76.3
2. เชื่อว่ากินปลา ซ่อนย่าง ปลาซ่อนเค็ม จะช่วยบำรุงน้ำนม	21	26.2	59	73.8
3. เชื่อว่ากินไก่ดำ ประมาณ 1 เดือน จะทำให้หมดลูกเข้าอุ้งเร็ว	10	12.5	70	87.5
4. เชื่อว่ากินปลาตุ๋นจะทำให้แผลฝีเย็บหายเร็ว	9	11.2	71	88.8
5. เชื่อว่ากินอาหารแห้งๆ เช่นกินไก่ปิ้ง หมูปิ้งจะทำให้แผลฝีเย็บหายเร็วขึ้น	24	30.0	56	70.0
6. เชื่อว่ากินไข่ จะทำให้แผลที่ช่องคลอดมีอาการคัน	44	55.0	36	45.0
7. เชื่อว่ากินอาหารทะเลจะมีอาการเวียนศีรษะ อาเจียน	38	47.5	42	52.5
8. เชื่อว่ากินเบ็ดเทศ จะปวดท้อง วิงเวียน น้ำนมไม่มา ตาพร่ามัว	28	35.0	52	65.0
9. เชื่อว่ากินปลาสาวย ปลานิล ปลาชะโดจะมีอาการปวดศีรษะ น้ำนมไม่มา	26	32.5	54	67.5
10. เชื่อว่ากินปลาร้าจะทำให้ทารกมีอาการท้องเสีย	59	73.8	21	26.2
11. เชื่อว่ากินผักชีลาว ใบสลิค ดอกแค ข่า หัวปลี ยาสามราก (รากพวงพี รากสองฟ้า และรากสะมัด) จะช่วยบำรุงน้ำนม	63	78.8	11	21.3
12. เชื่อว่ากินแกงน้ำยาใส่กระเทียม พริกไทย จะช่วยบำรุงน้ำนม	18	22.5	62	77.5
13. เชื่อว่ากินมะนาว กระเทียม ทำให้แผลฝีเย็บหายเร็ว	20	25.0	60	75.0
14. เชื่อว่าถ้ากินอาหารหมักดอง จะทำให้มีอาการปวดข้อ	58	72.5	22	27.5
15. เชื่อว่าถ้ากินชะอม จะทำให้มีอาการเวียนศีรษะอาเจียน	40	50.0	40	50.0
16. เชื่อว่าไม่กินแกงหน่อไม้จนกว่าจะพ้น 3 เดือน เพราะทำให้คันแผลฝีเย็บ	40	50.0	40	50.0
17. เชื่อว่ากินตำลึง สะเดา จะมีอาการเวียนศีรษะ	9	11.2	71	88.8
18. เชื่อว่ากินขมิ้นชัน จะทำให้ทารกมีอาการท้องเสียได้ง่าย	55	68.8	25	31.2
19. เชื่อว่าการดื่มน้ำต้มวุ้นขมิ้นดอก จะทำให้หมดลูกเข้าอุ้งเร็ว	54	67.5	26	32.5
20. เชื่อว่าการดื่มน้ำสมุนไพร เช่น ยาสตรีเพ็ญภาค ยาสตรีสิงเห จะช่วยขับน้ำคาวปลา	44	55.0	36	45.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด จำแนกเป็นรายข้อ (n=80)

รายการประเมินความเชื่อ	เชื่อ		ไม่เชื่อ	
	n	%	n	%
21. เชื่อว่าการดื่มยาตอง เหล้าขาว จะช่วยขับน้ำคาวปลา	5	6.2	75	93.8
22. เชื่อว่าการดื่มเหล้าวันละ 1 ถึง (50 cc.) ทำให้ลูกหลับง่าย ไม่ร้องไห้	5	6.2	75	93.8
23. เชื่อว่าการดื่มน้ำอุ่น จะช่วยบำรุงน้ำนม	76	95.0	4	5.0
24. เชื่อว่าการกินน้ำแข็งจะมีผลต่อมดลูก ทำให้ปวดมดลูก	61	76.3	19	23.7
การอยู่ไฟ				
25. เชื่อว่าการอยู่ไฟ ในห้องขนาดเล็กและไม่มีที่ระบายอากาศ จะเพิ่มความร้อนให้คนที่อยู่ไฟและเป็นไข้ได้	44	55.0	36	45.0
26. เชื่อว่าการอยู่ไฟด้วยไม้ทองหลาง จะช่วยป้องกันการปวดมดลูก และช่วยแก้พิษเลือด	13	16.2	67	83.8
27. เชื่อว่าการเข้าซื้อ คือ การนอนตะแคงให้หมอต่ำแยเหยียบ สะโพกจะทำให้กระดูกเชิงกรานกลับเข้าที่	10	12.5	70	87.5
28. เชื่อว่าการมียันต์ ขวบนรอบบริเวณที่อยู่ไฟหรือนำไปปิดไว้ที่ หัวเสาจะป้องกันสิ่งชั่วร้ายที่จะมารบกวนแม่ลูกระหว่างอยู่ไฟ	28	35.0	52	65.0
29. เชื่อว่าการอยู่ไฟทำให้ร่างกายแข็งแรง มดลูกแห้ง เข้าอุ้งเร็ว ขับน้ำคาวปลา มดลูกหดรัดตัว เลือดลมไหลเวียนดี มีน้ำนมมาก ไม่ปวดท้องและไม่ปวดเอว	71	88.8	9	11.2
30. เชื่อว่าหากให้ลูกกินนมขณะอยู่ไฟ มารดาต้องหันหลังผิงไฟ ไม่เช่นนั้น มดลูกจะเลื่อนลงต่ำทำให้ปวดมดลูก	22	27.5	58	72.5
31. เชื่อว่าถ้าคนที่มาเยี่ยมหลังคลอดพูดเกี่ยวกับความร้อน จะทำให้เป็นผดผื่นและเป็นไข้ได้	16	20.0	64	80.0
32. เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่ไฟและยังมีน้ำคาวปลา จะทำให้ติดเชื้อ	78	97.5	2	2.5
33. เชื่อว่าการอยู่ไฟจะต้องเข้ากระโจม ประคบตัว อาบน้ำ ทับหม้อเกลือและนึ่งถ่าน	32	40.0	48	60.0
34. เชื่อว่าก่อนเข้ากระโจม ให้นำนางนาคำผสมกับเหล้าขาวและ การบูรทาบำรุงผิว ผิวพรรณจะดี	11	13.8	69	86.2

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด จำแนกเป็นรายข้อ (n=80)

รายการประเมินความเชื่อ	เชื่อ		ไม่เชื่อ	
	n	%	n	%
35. เชื่อว่าสมุนไพร ที่ใช้ในการเข้ากระโจม ได้แก่ ใบมะขาม ผิวมะกรูด ใบส้มป่อย จะช่วยชำระสิ่งสกปรกตามผิวหนัง	27	33.8	53	66.3
36. เชื่อว่าการนำลูกประคบโดยใช้ไพล ว่านนางคำ ขมิ้นอ้อย ใบมะขาม ใบส้มป่อย มาประคบที่เต้านมจะช่วยบำรุงน้ำนม	33	41.2	47	58.8
37. เชื่อว่าการนั่งถ่าน จะช่วยสมานแผลในช่องคลอด	18	22.5	62	77.5
38. เชื่อว่าการขางใบหนานบนเตาไฟจะทำให้สิวฝ้าที่เกิดขึ้นขณะ ตั้งครรภ์จางลง	16	20.0	64	80.0
39. เชื่อว่าการขางช่องคลอด ทำให้แผลฝีเย็บแห้งและไม่อักเสบ	27	33.7	53	66.3
40. เชื่อว่าการขางนมช่วยให้ลูกกินนมแล้วจะไม่ท้องอืด	13	16.3	67	83.7

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 80 คน พบว่า ส่วนใหญ่มารดาหลังคลอดอายุอยู่ในระหว่าง 14- 20 ปีมากที่สุด ลำดับการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกมากที่สุด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดมีผู้ช่วยเหลือดูแลหลังคลอด พักอาศัยอยู่บ้านตนเองหรือบ้านของพ่อแม่ตัวเอง/สามี ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมือง/ตำบล มีความสะดวกในการซื้ออาหารมารับประทานในระยะหลังคลอดมีความเพียงพอในการใช้จ่ายและมีเงินพอเหลือเก็บบางส่วน โดยข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกสบายในการซื้ออาหารได้ง่าย มีผู้ช่วยเหลือดูแลในระยะหลังคลอด การจัดการด้านอาหารจึงไม่น่าจะมีปัญหา อย่างไรก็ตามหลังคลอดพักอาศัยที่บ้านของพ่อแม่ตัวเอง/พ่อแม่สามี จึงอาจมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลในการวางแผนการรับประทานอาหารในระยะหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของของกงเดือน บุพพารวมและคณะ พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีพ่อแม่ปู่ย่าตายายจะมีบทบาทในการดูแลสตรีหลังคลอด และมีการถ่ายทอดระบบการดูแลตามประเพณีความเชื่อแบบดั้งเดิม⁽⁹⁾ และจากศึกษาอื่นก็พบว่า ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจและให้การสนับสนุนในการปฏิบัติตัวหลังคลอด^(10,11) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหลังคลอด ได้แก่ ความเชื่อพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข⁽¹²⁾

ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด

2.1 ความเชื่อและเหตุผลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของมารดาหลังคลอด

2.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานหลังคลอด มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ

- อันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 95 เชื่อว่าการดื่มน้ำอุ่นจะช่วยบำรุงน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการดื่มน้ำอุ่นน้ำร้อนมารดาหลังคลอดครั้งแรก จะทำให้น้ำนมไหลดี⁽¹³⁾ การดื่มน้ำต้มสมุนไพร นอกจากจะช่วยบำรุงน้ำนม เลือดลมไหลเวียนดี ยังช่วยขับน้ำคาวปลา มดลูกเข้าอู่เร็ว⁽⁵⁾
- อันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 78.8 เชื่อว่าการกินผักชีลาว ใบสลิติ(ดอกขจร) ดอกแค ข่า หัวปลี ยาสามราก คือ รากพวงพิ รากส่องฟ้าและรากสะมัด จะช่วยบำรุงน้ำนม ความเชื่อนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้มีผู้ศึกษาไว้เมื่อปี 2546 ที่พบว่า สมุนไพรที่นิยมใช้กันในในช่วงอยู่ไฟและให้นมบุตร คือ ยาสามราก เชื่อว่ามีสรรพคุณบำรุงน้ำนม⁽¹⁴⁾ ทำให้เห็นว่าแม้การศึกษาดังกล่าวผ่านมาเกือบ 20 ปี ความเชื่อส่วนนี้ยังปฏิบัติอยู่เช่นเดิม ส่วนผักชีลาว ใบสลิติ ดอกแค ข่า หัวปลี เป็นผักพื้นบ้านที่พบได้ทั่วไปนิยมใช้ประกอบอาหารและมีประโยชน์ต่อร่างกาย
- อันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 76.3 เชื่อว่าการกินน้ำแข็งจะมีผลต่อมดลูกทำให้ปวดมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของจากรูวรรณ ก้าวหน้าไกล และคณะ ที่พบว่า มารดาหลังคลอดจะได้รับคำแนะนำจากผู้ใหญ่ว่าห้ามกินน้ำแข็งและดื่มน้ำเย็น ให้ดื่มน้ำอุ่น เข้ากระโจมอบไอน้ำ⁽¹⁵⁾ และจากข้อมูลสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้กล่าวถึงข้อห้าม ข้อควรระวังเกี่ยวกับน้ำเย็น น้ำแข็งในการดูแลสุขภาพหลังคลอด⁽¹⁶⁾

2.1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานหลังคลอดน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ

- อันดับที่ 1 พบ 2 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 6.2 คือ 1) เชื่อว่าการดื่มน้ำยาดอง เหล้าขาวจะช่วยขับน้ำคาวปลา และ 2) เชื่อว่าการดื่มน้ำเย็นวันละ 1 แก้ว (ประมาณ 50 ซีซี) ทำให้ลูกหลับง่าย ไม่ร้องไห้งอแง ดังมีการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาต้มสมุนไพร ยาบำรุงเลือด และยาฟอกเลือด เช่น ยาดองเหล้าจีน มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หากมีปริมาณมากอาจทำให้เส้นเลือดขยายตัวจนเกิดการตกเลือด ส่งผลต่อสุขภาพของมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงดูทารกต่อไปได้⁽¹⁷⁾
- อันดับที่ 2 พบ 2 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 11.2 คือ 1) เชื่อว่าการกินปลาตุ๋นจะทำให้แผลฝีเย็บหายเร็ว ผลงานวิจัยครั้งนี้แม้จะไม่มีงานวิจัยมายืนยัน ว่าการกินปลาตุ๋นจะทำให้แผลฝีเย็บหายเร็ว อย่างไรก็ตามปลาทูน่าถือเป็นอาหารประเภทโปรตีนที่ให้ประโยชน์ต่อร่างกาย ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หญิงหลังคลอดครั้งแรกปฏิบัติตัวด้วยการกินไก่ดำประมาณ 1 เดือน เชื่อว่าจะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว⁽¹³⁾ และ 2) เชื่อว่าการกินตำลึง สะเดา จะมีการเวียนศีรษะ สอดคล้องกับผลการศึกษามีปัญญพินันในการบริโภคอาหารของมารดาหลังคลอดชาวภูไท จังหวัดสกลนคร พบว่า งดรับประทานที่มีกลิ่นแรง เช่น เนื้อสัตว์ป่า เนื้อวัว เนื้อควาย ชะอม ของหมักดอง ทุเรียน ขนุนฯ จะทำให้ผิวดำแดง เวียนศีรษะ หายใจไม่สะดวก น้ำคาวปลาไหลไม่

สะดวก⁽¹¹⁾ ตำลึง สะเดาเป็นอาหารประเภทผักที่มีประโยชน์แต่อาจจะมีกลิ่นฉุน หากมารดาหลังคลอดกินไปแล้วไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ก็ไม่น่าจะมีข้อห้ามใดที่จะไม่ให้กินอาหารดังกล่าว

2.2 ความเชื่อและเหตุผลเกี่ยวกับการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด

2.2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการอยู่ไฟหลังคลอดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ

- อันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 95.7 เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่ไฟและน้ำคาวปลายังไม่หมด จะทำให้เกิดการติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่แผลยังไม่หายดี แผลฝีเย็บยังมีความไวต่อความเจ็บปวด ผอ้งช่องคลอดยังมีความบวมรวมทั้งปากมดลูกปิดยังไม่สนิทจะมีแนวโน้มต่อการติดเชื้อภายในโพรงมดลูกมีมากขึ้น ดังนั้นจึงควรงดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังคลอดหรือภายหลังได้รับการประเมินสภาพการหายของแผลฝีเย็บและมดลูกจากการตรวจหลังคลอด⁽¹⁸⁾ การห้ามมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด อาจเป็นการจำกัดสิทธิส่วนบุคคลระหว่างคู่สมรส ดังนั้นควรพิจารณาให้น้ำคาวปลาหมดก่อนและไม่รู้สึกเจ็บบริเวณแผลฝีเย็บจึงสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่จะให้ดีที่สุดก็ควรงดมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะได้รับการตรวจสุขภาพหลังคลอดตามนัด⁽¹⁾

- อันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 88.8 เชื่อว่าการอยู่ไฟทำให้แข็งแรง มดลูกแห้ง เข้าอุ้งเร็ว ขับน้ำคาวปลา มดลูกหดตัว เลือดลมไหลเวียนดี มีนํ้านมมาก ไม่ปวดท้องและไม่ปวดเอว สอดคล้องกับการศึกษาสตรีหลังคลอดชาวลาว ที่พบว่า จะปฏิบัติตามความเชื่อพื้นบ้าน ได้แก่ การอยู่ไฟ การดื่มนํ้าร้อน การอาบนํ้าร้อน และการงดอาหารแสลง โดยมีความเชื่อว่าการอยู่ไฟร้อน เป็นการพักผ่อนเพื่อสะสมกำลังให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ทำงานหนักได้ ไม่ปวดเมื่อย ต่อสู้กับโรคภัยได้ รวมทั้งมีพ่อแม่ปู่ย่าตายาย ซึ่งมีบทบาทในการดูแลสตรีหลังคลอดมีการถ่ายทอดระบบการดูแลตามประเพณีความเชื่อแบบดั้งเดิม ได้แก่ การจำกัดกิจกรรมการพักผ่อน การดื่มนํ้าร้อน การอาบนํ้าร้อน และการอยู่ในที่ลมไม่โกรก รวมถึงงดการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้มดลูกเข้าอุ้งเร็ว ขับน้ำคาวปลา ส่งเสริมการหายของแผล สุขภาพหลังคลอดแข็งแรง⁽⁹⁾ มารดาหลังคลอดชาวมุสลิม เชื่อว่าการดูแลและอยู่ไฟหลังคลอด เพื่อปิดเป่าสิ่งชั่วร้ายออกไปให้ปลอดภัย จะทำหลังการคลอดไปจนถึง 40 วัน มารดาหลังคลอดแต่ละรายแม้จะมีรูปแบบวิธีการอยู่ไฟที่แตกต่างกัน แต่เชื่อว่าความร้อนจากการอยู่ไฟจะทำให้ร่างกายเลือดไหลเวียนดี ช่วยขับน้ำคาวปลามดลูกเข้าอุ้งเร็ว⁽¹⁹⁾ ตัดสินใจอยู่ไฟเพราะเชื่อว่าช่วยให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติและหลังจากอยู่ไฟอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อลดลง⁽²⁰⁾ การอยู่ไฟถึงแม้จะให้ผลดีในบางเรื่อง เช่น ความร้อนทำให้การไหลเวียน ของโลหิตดี แต่ถ้าขาดการดูแลที่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ เช่น การเกิดแผลพุพองจากการใช้ความร้อนที่สูงเกินไป

- อันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 55 เชื่อว่าการอยู่ไฟในห้องขนาดเล็กและไม่มีการระบายอากาศ จะเพิ่มความร้อนให้คนที่อยู่ไฟและอาจเป็นไข้ได้ สอดคล้องกับการศึกษามารดาหลังคลอดของเหมาและคณะ พบว่าในพื้นที่ชนบทตามประเพณีจีนจะถูกจำกัดให้อยู่ภายในบ้านโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 18 ชั่วโมง โดยให้

นอนอยู่ในห้องและไม่ให้ออกไปข้างนอก จะลูกจากเตียงเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น เพราะเชื่อว่าการออกไปข้างนอกร่างกายจะถูกลม ทำให้เกิดตัวเย็นและเกิดโรคได้⁽²¹⁾

2.2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการอยู่ไฟหลังคลอดน้อยสุด 3 อันดับแรก คือ

- อันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 11.2 เชื่อว่าการเข้าชื่อ คือการนอนตะแคงให้หมอต่ายเหยียบสะโพก จะทำให้กระดูกเชิงกรานกลับเข้าที่ เมื่อวิเคราะห์ตามหลักทางแพทย์แผนไทย หลังคลอดจะมีท่อนวดที่เรียกว่า “การนวดเข้าตะเกียบ” เนื่องจากหลังคลอดจะมีอาการขัดบริเวณสะโพกและขา จากการขยายตัวของอุ้งเชิงกรานในช่วงตั้งครรภ์และขณะคลอด ภายหลังการคลอดข้อต่อเหล่านี้จะค่อยๆ กลับเข้าที่ได้เอง แต่ต้องใช้เวลาสักระยะ การนวดเข้าตะเกียบจึงเป็นการช่วยให้ข้อต่อกลับเข้าที่ได้เร็วขึ้น แต่ต้องเป็นผู้ชำนาญเท่านั้น⁽²²⁾ ในปัจจุบันพบได้น้อยเพราะหากผู้ทำไม่มีความชำนาญทำให้เกิดการอักเสบของข้อต่อได้

- อันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 13.8 เชื่อว่าก่อนเข้ากระโจม ให้นำนางนาคำผสมกับเหล้าขาว และการบูร มาทาบำรุงผิว ผิวพรรณจะดี ผลงานวิจัยของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า สารสกัดจากง้วนนางคำสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ก่อโรคได้ทางเภสัชวิทยาใช้เหง้าแก่ฟกซ้ำ เคล็ดขัดยอกตามร่างกายโดยมีส่วนผสมของเหล้า 40 ดีกรีร่วมด้วย สมัยโบราณใช้ในการเขียนภาพหรือย้อมผ้า ถือเป็นวาทศาสตร์ที่ต้องเสกด้วย ”นะโมพุทธายะ” ก่อนจะใช้ทุกครั้ง ในปัจจุบันนำมาเป็นส่วนประกอบของครีมนวดหน้า บำรุงผิว โดยใช้ร่วมกับสมุนไพรชนิดอื่น เช่น พญายา ขมิ้น ไพล และใบบัวบก ใช้ทำน้ำมันนวด 108 สำหรับรักษาแผลสด แผลฟกซ้ำ ญวนวดแก้ปวดเมื่อย และแก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อย เป็นต้น⁽²³⁾ นอกจากนี้จากการศึกษางานวิจัยพบว่า เหง้าวาทซัคมตุลึงเหง้าไพลเหง้าวาทนาคำ เหง้าวาทมหาเมฆ การบูร และใบพลับพลึง มีฤทธิ์ลดการอักเสบได้⁽²⁴⁾ อย่างไรก็ตามการไม่เลือกใช้นางนาคำผสมกับเหล้าขาวและการบูร ก็สามารถใช้สมุนไพรตัวอื่นทดแทนได้ ด้วยเป็นสิทธิส่วนบุคคลในการตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติเมื่อเห็นว่ามีประโยชน์และไม่ปฏิบัติเมื่อเห็นว่าไม่มีอันตรายกับตนเอง

- อันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 16.2 เชื่อว่า การอยู่ไฟด้วยไม้ทองหลางจะช่วยป้องกันการปวดมดลูก และช่วยแก้พิษเลือด จากการศึกษาของเสฐียรโกเศศ มีการถือเคล็ดให้ใช้ไม้ทองหลางร่วมด้วย เพราะชื่อของไม้ดีและเชื่อว่าการอยู่ไฟด้วยไม้ทองหลางจะช่วยป้องกันการปวดมดลูกและแก้พิษเลือด แต่ไม้ทองหลางทำให้เกิดความมากจึงใส่พอเป็นพิธี⁽²⁵⁾ ปัจจุบันการอยู่ไฟสามารถทำได้หลายแบบแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ เช่น การดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หญิงหลังคลอดเปลี่ยนมาเป็นผู้ถูกประคบสมุนไพรแทน การอยู่ไฟโดยมีการนอนบนแคร่ที่ก่อไฟด้านล่างร่วมกับการใช้ก้อนเส้า⁽²⁰⁾ และส่วนใหญ่เปลี่ยนมาใช้ในการเข้ากระโจมแทน

จะเห็นได้ว่า ความเชื่อเป็นสิ่งที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษตั้งแต่อดีต ปัจจุบันเป็นยุคโลกเทคโนโลยีและดิจิทัล ที่มีความเคลื่อนไหวข่าวสารอย่างรวดเร็ว มีการสืบค้นข้อมูลความรู้ได้ง่าย แต่งานวิจัยนี้

ก็แสดงให้เห็นว่าบางความเชื่อนั้นยังปฏิบัติอยู่เช่นเดิม บางความเชื่อมีเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ บางความเชื่อไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนแต่จะปฏิบัติตามคำบอกเล่าของผู้รู้ในครัวเรือน เพราะเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี และเกิดประโยชน์ โดยเฉพาะในครอบครัวขยาย การอยู่ร่วมกันกับคนหลายช่วงวัย คนเฒ่าคนแก่หรือผู้สูงอายุ จึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวหลังคลอด การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำใด บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่า เมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นแล้ว จะต้องเป็นวิธีที่สามารถดูแลตนเองให้ได้ดี และเมื่อดีแล้วบุคคลนั้นก็มักจะบอกต่อข้อมูลสุขภาพนั้นแก่คนรุ่นหลังต่อไป บางความเชื่อที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหลังคลอด ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและบำรุงจิตใจ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรนำไปพิจารณา และใช้ประกอบการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัย ไปปรับใช้ในการเรียนการสอน รายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ โดยอิงบริบท ความคิด ความเชื่อหลังคลอด เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดและครอบครัว
2. พยาบาลแผนกสูติกรรม สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์โดยการให้ความรู้ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดแก่มารดาและครอบครัว โดยอิงบริบท ความคิด ความเชื่อหลังคลอดที่ไม่ขัด ต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หลังคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: เพ็ญพริ้นตัง จำกัด; 2559.
2. อำภาพร พาววิไล. ค่านิยม ความเชื่อ เรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กในขวบปีแรก การศึกษาเชิงคุณภาพ โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2546.
3. มณฑิรา เขียวยิ่ง. อยู่กรรมหลังคลอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2542; 22(1):41-6.
4. อรุณรัตน์ จันทะลือ. การสืบทอดความเชื่อเรื่องผีปอบของเยาวชนชาติพันธุ์ไส้ บ้านกอก ตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยคดีศึกษา]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.
5. สมหญิง พุ่มทอง, ลลิตา วีระเสถียร, วรพรรณ สิทธิถาวร, อภิชาติ รุ่งเมฆารัตน์, อรลักษณ์ แพร่ตฤณ. การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข. 2553; 4:281-95.

6. ยุพา อภิโกมลกร. การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดแบบพื้นบ้านภาคเหนือ: กรณีศึกษาที่บ้านหัวเสือ ตำบลหัวเสืออำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2551; 6(2):148-57.
7. Maiman LA, Becker MH. The Health Belief: Origins and Correlates in Psychological Theory, Health Education Monographs. [Internet]. 1974 [cited 2019 Jun 20]; 2(4):336-53. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.856.1372&rep=rep1&type=pdf>
8. ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา. บทบาทของอาจารย์พยาบาลต่อการนำแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสู่การปฏิบัติ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 26(2):11-22.
9. Boupavanh K, Vongkhily S, Xayyalath B, Ongroongruang S. Maternal eating practice and infant feeding in a Laos people's democratic republic rural area. Thammasat Medical Journal. 2009; 9(2): 130-9.
10. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เพชรา ทองเฝ้า, จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, อรพินิต ภูวงษ์ไกร. การศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลมารดาและทารก โดยใช้ห้องเรียนชุมชนและการเรียนโดยใช้วิจัยเป็นฐาน. วารสารศูนย์การศึกษาและแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2559; 33(4):288-99.
11. พนิดา กมุทชาติ, จุฑามาศ รัตนะโคตร, อภิญาภรณ์ แก้วดี. ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการบริโภคอาหารของมารดาหลังคลอด: กรณีศึกษาชุมชนภูไท ตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2561; 4(2):39-56.
12. อวรรณ มะโนธรรม, สุกัญญา ปริสัณญกุล, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. พฤติกรรมสุขภาพภายหลังคลอดของสตรีลาว ในเขตชนบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2557; 41(3): 35-47.
13. Thasanoh P. Northeast Thai women's experiences in following traditional postpartum practices [dissertation]. San Francisco: University of California, San Francisco; [Internet]. 2010 [cited 2019 December 26]; Available from: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=2180244461&Fmt=7&clientId=48051&RQT=3009&VName=PQD>

14. เรืองศักดิ์ ปิ่นประทีป, สุธรรม นันทมงคลชัย, ระพีพรรณ พันธุ์รัตน์. ประเพณีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดและการปฏิบัติหลังคลอดของมารดาไทยอีสานในพื้นที่อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. ใน สุธรรม นันทมงคลชัย, ภัทรา สง่า, เรืองศักดิ์ ปิ่นประทีป, ระวีวรรณ ชุ่มพุกษ์, อัมภพร พัววิไล, จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, บรรณาธิการ. การตั้งครรภ์ การคลอดและการปฏิบัติตัวหลังคลอด ใน 4 พื้นที่ศึกษา 4 ภาคของประเทศไทย: เอกสารรายงานวิชาการโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย ระยะที่ 1 ฉบับที่ 12. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์; 2546. หน้า 28-40.
15. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล และคณะ. ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารชะล่า(แสงของหญิงหลังคลอด และครอบครัวในบริบทอีสาน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2555; 31(5): 36-50.
16. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการผดุงครรภ์มารดาด้วยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์; 2557.
17. Lamxay V, De Boer HJ, Bjork L. Traditions and plant use during Pregnancy Childbirth and postpartum recovery by the Kry ethnic group in Lao PDR. Journal of Ethno-biology and Ethnomedicine. 2011; 7(14): 1-15.
18. Davidson MC, London M, Ladewig P. Old's Maternal-Newborn and Nursing & Women's Health Across the Lifespan. 9th ed. New York: Pearson; 2011.
19. นันทา กาเลียง, อนงค์ ภิบาล, สุกัญญา เทพโษะ. ประสพการณ์การดูแลของหญิงหลังคลอดไทยมุสลิมที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพช่วงหลังคลอด. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 เมษายน 2]. เข้าถึงได้จาก: http://rms.pnu.ac.th/rdbms/fulltext/061117_123213f.pdf
20. สายฝน สุกุลพอม, ประดักดี สันติภาพ, วัฒนา ชยธวัช, รัชนี จันทรเกษ, ทศนีย์ ศีลารวรรณ. การดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์พื้นบ้านไทยในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุศึกษา. 2563; 43(2): 107-18.
21. Mao L, Ma L, Liu N, Chen B, Lu Q, Ying C, et al. Self-reported health problems related to traditional dietary practices in postpartum women from urban, suburban and rural areas of Hubei province, China: the 'zuò yuèzi'. Asia Pac J Clin Nutr. [Internet]. 2016 25(1),158-64. [cited 2021 March 20]; Available from: <http://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/25/1/158.pdf>

22. สถาบันการแพทย์แผนไทย. การดูแลสุขภาพพหุเชิงคลอด้วยการแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระราชูปถัมภ์; 2551.
23. นิตยา บุญทิม. วานนางคำ. [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 5]. เข้าถึงได้จาก: https://stri.cmu.ac.th/article_detail.php?id=73
24. ประณณวัชญ์ ไชยวัฒน์นันท์, ภาณุรัฐ เดชะยนต์, ปฐมพงษ์ เผือกสี, ศรีโสภา เรืองหนู, จิตพิสุทธิ์ จันทรทองอ่อน. ฤทธิ์ต้านการอักเสบและการบรรเทาอาการปวดของสมุนไพรที่ใช้ในการบำบัดมือเกลือ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2563; 18(3): 455-69.
25. เสฐียรโกเศศ (นามแฝง). ประเพณีเนื่องในการเกิด. นนทบุรี: โครงการเลือกสรรหนังสือ สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2552.

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่ สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม, ส.ด.* , นภาพร อินสิน, ส.ด.**^๑,
ภูวลิทธิ ภูลวรรณ, วท.ม.* , กาญจนา วงษ์สวัสดิ์, ประ.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมรรถนะการสื่อสารทั่วไป และการสื่อสารด้านสุขภาพ ครอบคลุมหลักการสื่อสาร 3 ด้าน ได้แก่ 1) คุณลักษณะผู้สื่อสาร, 2) การสร้างสื่อ และ 3) ช่องทางการสื่อสาร ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ จำนวน 9 ชั่วโมง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะการสื่อสารทั่วไปและการสื่อสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี (ร้อยละ 65.6) เกือบทั้งหมดทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 90.6) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 71.9) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะการสื่อสารทั่วไป และสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีสมรรถนะการสื่อสารให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : สมรรถนะ; การสื่อสารด้านสุขภาพ; นักวิชาการสาธารณสุข; วิถีใหม่

* อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

^๑ Corresponding author นภาพร อินสิน Email : numporn@snru.ac.th

รับบทความ: 16 พ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 1 มิ.ย. 65; ตอรับตีพิมพ์: 1 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 มิ.ย. 65

Effectiveness of Health Communication Competency Development Program in the New Normal Era for Public Health Technical Officers in Primary Care Unit

Sasiwan Tassana-iam, Dr.P.H.^{*}, Numporn Insin, Dr.P.H.^{*a},
Phoowasit Phoolawan, M.Sc.^{*}, Kanjana Vongsawat, Ph.D.^{**}

Abstract

This quasi-experimental research with one-group pre- and post-test design aimed to assess the program's effectiveness on developing health communication competency in the new normal era for public health technical officers in primary care units. The samples were consisted of 32 public health technical officers with at least one year of work experiences in subdistrict health promoting hospitals or district public health offices. The program to develop health communication competency was developed based on literature reviews covering principles on general and health communication competency including 1) messenger characteristics, 2) media creation, and 3) communication channels. The program was comprised of 5 learning units totaling 9 hours. Data were analyzed using descriptive statistics and differences between competencies before and after the experiment were analyzed using paired t-test.

The results showed that most of the samples were females (81.3%) and most were 30 years old and over (65.6%). Almost all worked in subdistrict health promoting hospitals (90.6%). Most of the participants had more than five years of work experiences in public health (71.9%). After attending the program, their scores in general communication and health

^{*} Lecturer, Department of Health Sciences, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

^{**} Assistant Professor, Department of Health Sciences, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

^a Corresponding author : Numporn Insin Email : numporn@snru.ac.th

Received: May 16, 22; Revised: Jun. 1, 22; Accepted: Jun. 1, 22; Published Online: Jun 15, 22

communication competencies were significantly higher than before attending the program with $p=0.001$ and $p<0.001$, respectively. Therefore, the program can be used by primary care units to develop communication competencies in health workforce in responding to technological changes and effectiveness.

Keywords : Competency; Health communication; Public health technical officers; New normal

บทนำ

การปรับเปลี่ยนทางสังคมในศตวรรษที่ 21 ที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเข้าสู่สังคมสูงวัย สถานการณ์การเกิดโรคภัยต่างๆ และการแพร่ระบาดของโรคใหม่ของไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสุขภาพ ทำให้ประชาชนต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตไปสู่วิถีใหม่ (New normal) เพื่อจะลดการแพร่ระบาดของโรคและการเจ็บป่วย เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย การเข้าสังคมโดยการเว้นระยะห่าง สถานศึกษาได้จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ การจำกัดจำนวนคนเข้าร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบุญ งานศพ ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันตัวตามมาตรการของจังหวัดเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดโรค⁽¹⁾ ซึ่งการจะทำให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือภัยสุขภาพต่างๆ ได้นั้นจำเป็นต้องสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องบุคลากรทางการแพทย์จึงควรคำนึงถึงบริบททางสังคม และวัฒนธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในการสื่อสารและการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับได้อย่างเหมาะสม⁽²⁾

การสื่อสารเป็นทักษะด้านสุขภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 (Global Health Competencies for 21st Century Health Professionals)⁽³⁾ การสื่อสารสุขภาพ (Health communication) เป็นการดำเนินงานเพื่อสื่อสารประเด็นด้านสาธารณสุขที่เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รับฟังและอาจใช้โน้มน้าวใจผ่านเนื้อหา เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง สร้างความตระหนักในการดูแลและป้องกันสุขภาพตนเอง⁽⁴⁾ ผู้สื่อสารต้องสามารถเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจน สามารถถ่ายทอดความคิดและความคิดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เวลา การเขียน อวัจนภาษา และเลือกใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร เช่น การแจ้งคำสั่ง กระตุ้นและชักชวนในรูปแบบบริบทที่หลากหลายและเทคโนโลยีที่เหมาะสม⁽⁵⁾ ในปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพความหลากหลาย และตื่นตัวต่อการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นทดแทนสื่อสิ่งพิมพ์⁽⁶⁾ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์มากกว่าผู้ที่มี

ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง⁽⁷⁾ สะท้อนให้เห็นว่าการเลือกใช้สื่อและช่องทางการสื่อสารสุขภาพที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพจะเหมาะสมกับการสื่อสารของคนในยุควิถีใหม่

นักวิชาการสาธารณสุขเป็นวิชาชีพหนึ่งด้านสุขภาพที่มีบทบาทตามพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุข พ.ศ. 2556⁽⁸⁾ ในการลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเกิดโรค ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค รวมทั้งการอนามัยสิ่งแวดล้อม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์อย่างยั่งยืนของประชาชน ปัจจุบันกำลังคนกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รองลงมาเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน⁽⁹⁾ การสื่อสารเป็นองค์ประกอบพื้นฐานนำไปสู่ทักษะอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการทำงานตามบทบาทวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุขควรมีสมรรถนะเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารภายในชุมชนเพื่อเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น แบ่งปันข้อมูล การให้ความรู้และการสื่อสารสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน⁽¹⁰⁻¹¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอุปสรรคการสื่อสารในงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ การเลือกใช้สื่อไม่เหมาะสมกับบริบท เนื้อหาที่จะให้ความรู้หรือสื่อสารแก่ประชาชน การเลือกสื่อไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย วิธีสื่อสารใช้คำศัพท์เทคนิคทำให้ประชาชนไม่เข้าใจ การใช้อารมณ์ความรู้สึก ทศนคติของผู้ส่งสารตัดสินโดยขาดการประเมินความเป็นจริงของผู้รับบริการ เป็นต้น⁽¹²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่าการสื่อสารสุขภาพมีความสำคัญต่อบทบาทงานด้านสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพให้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข โดยเฉพาะที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิที่ทำงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค ด้วยการสื่อสารข้อความที่ชัดเจน การให้ข้อมูล การรับฟังข้อเสนอแนะอย่างเข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับบริการในบริบทและความแตกต่างของวัฒนธรรม⁽¹³⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมา กระบวนการพัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพที่มุ่งไปสู่การเกิดสมรรถนะในรูปแบบการพัฒนาความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะการสื่อสารสุขภาพของนักวิชาการสาธารณสุขนั้นยังมียังมีองค์ความรู้ที่จำกัด⁽¹⁴⁾ แต่พบข้อเสนอต่อการวิจัยพัฒนาการสื่อสารสุขภาพว่าควรจัดหลักสูตรการสื่อสารสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมและใช้งานได้จริง⁽¹⁵⁾ ซึ่งแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ มีรูปแบบที่ปรากฏในลักษณะการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาของหลักสูตร การจัดหลักสูตรฝึกอบรมฐานสมรรถนะ และการบูรณาการการเรียนรู้กับการทำงานหรืองานสหกิจศึกษา⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นให้นักวิชาการสาธารณสุขพัฒนาสมรรถนะทั้งการเป็นผู้ส่งสารและเป็นผู้รับสารที่ดี ตลอดจนสามารถสร้างสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญให้สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยนี้จะนำไปสู่แนวทางให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำไปใช้

พัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขให้มีสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพในยุควิถีใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่ต่อสมรรถนะการสื่อสารทั่วไป และสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

นักวิชาการสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่มีคะแนนสมรรถนะการสื่อสารทั่วไป และคะแนนสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว (Quasi-experimental one-group pre-post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขในเขตจังหวัดสกลนครที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 950 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power⁽¹⁹⁾ อ้างอิงจากการวิจัยของประไพพิศ สิงหเสน และคณะ⁽²⁰⁾ ได้คำนวณหาอิทธิพลเท่ากับ 0.61 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 31 คน แต่มีอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 32 คน ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจโดยลงทะเบียนผ่านแบบฟอร์มลงทะเบียนออนไลน์ (Google form) ที่ผู้วิจัยประกาศรับสมัครไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดสกลนคร ช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน พ.ศ. 2564 เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีการเจ็บป่วยร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และไม่สามารถอยู่ร่วมงานวิจัยได้จนเสร็จสิ้นกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่สำหรับนักวิชาการสาธารณสุข เป็นชุดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ 5 หน่วยการเรียนรู้ ระยะเวลาการอบรมเนื้อหา 9 ชั่วโมง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่สำหรับนักวิชาการสาธารณสุข

หน่วยการเรียนรู้ (ระยะเวลา)	ขอบข่ายเนื้อหา	รูปแบบกิจกรรม
1. การฟังอย่างตั้งใจ (45 นาที)	หลักการประเมินอารมณ์ ความรู้สึก เข้าใจ ความคิด และความต้องการของผู้ส่งสาร โดยคำนึงถึงความเชื่อ ความกังวล หรือ วัฒนธรรมด้านสุขภาพที่แตกต่างกันเพื่อ ทำความเข้าใจผู้รับบริการโดยไม่ตัดสิน หรือใส่ความคิดส่วนตัวเข้าไป	ฝึกปฏิบัติเพื่อให้รับรู้ได้ว่าคนที่กำลังพูดคุย สนทนาด้วยกำลังมีอารมณ์ความรู้สึก เป็นอย่างไรจากการเล่าเรื่อง และการฟัง อย่างตั้งใจจนสะท้อนประสบการณ์ การสื่อสารจากการทำงาน
2. หลักการสื่อสาร สุขภาพ (1 ชั่วโมง 15 นาที)	หลักการและแนวคิดการสื่อสาร คุณลักษณะผู้ส่งสาร สาร ช่องทาง การส่งสาร และผู้รับสาร เทคนิควิธีการที่ใช้ ในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ การกำหนดข้อความ (Key messages) และแก่นใจความสำคัญ (Theme) ในการสื่อสาร	การบรรยายโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ สื่อสารสุขภาพจากกรณีศึกษา และ สะท้อนคิดและอภิปรายกลุ่ม
3. องค์ประกอบ ของสื่อที่น่าจดจำ (1 ชั่วโมง 30 นาที)	องค์ประกอบของสื่อที่น่าสนใจ เนื้อหา รูปแบบที่ทำให้ผู้รับสารจดจำได้ง่าย การเลือกช่องทางการส่งสารที่เหมาะสม ตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย และ จรรยาบรรณของผู้ส่งสารและ การเลือกใช้สื่อ	วิเคราะห์สื่อสุขภาพจากกรณีศึกษา และการบรรยายสรุปประเด็น โดยผู้เชี่ยวชาญ
4. การออกแบบสื่อ เพื่อการสื่อสาร สุขภาพวิถีใหม่ (4 ชั่วโมง 30 นาที)	หลักการสร้างการสื่อสารวิถีใหม่ ที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาด ของโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ หลักการเลือก และออกแบบสื่อที่ใช้ในชุมชนที่เหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย ที่เข้าใจและจดจำได้ง่าย	การฝึกปฏิบัติการทำสื่อสุขภาพโดยใช้มีม (Meme) และอินโฟกราฟิก (Infographic) การสะท้อนคิด และสรุปประเด็นโดย ผู้เชี่ยวชาญ
ฝึกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน 2 สัปดาห์ มอบหมายงานผู้เข้าร่วมอบรมพัฒนาสื่อสารสุขภาพ และนำไปใช้ในการทำงาน		

ตารางที่ 1 (ต่อ) โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่สำหรับนักวิชาการสาธารณสุข

หน่วยการเรียนรู้ (ระยะเวลา)	ขอบข่ายเนื้อหา	รูปแบบกิจกรรม
5. การสื่อสาร สุขภาพในชีวิตจริง (1 ชั่วโมง)	หลักสำคัญของการสื่อสารทั่วไป การสื่อสาร ด้านสุขภาพ และการประยุกต์การสื่อสาร ในการทำงานจริง	นำผลลัพธ์การใช้สื่อสารที่สร้างขึ้น มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปประเด็นโดย ผู้เชี่ยวชาญ การสะท้อนคิดและ การถอดบทเรียนและแนะนำแนวทาง การพัฒนา

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ทำงาน ประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุข ประสบการณ์การสื่อสารและการสร้างสื่อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการสื่อสารทั่วไป เป็นข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ประเด็นเกี่ยวกับการสื่อสารทั่วไป ได้แก่ สื่อสารข้อความที่ชัดเจน การฟัง การให้และรับข้อเสนอแนะ และปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ และ 2) สมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ประเมินความสามารถของตนเองตามสภาพความเป็นจริงตามประเด็นคุณลักษณะผู้ส่งสาร การสร้างสื่อ และช่องทางการสื่อสาร ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ ทำได้ดีมาก ทำได้ค่อนข้างดี พอทำได้ ทำได้ไม่ดี ทำไม่ได้เลย เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ John W. Best⁽²¹⁾ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์การแปลผลคะแนนค่าเฉลี่ยสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่

สมรรถนะ	ช่วงคะแนน	ควรพัฒนา	ปานกลาง	สูง
รายข้อ	1.0–5.0	1.0–2.3	2.4–3.7	3.8–5.0
ด้านการสื่อสารทั่วไป	10.0–50.0	10.0–23.3	23.4–36.7	36.8–50.0
ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ	13.0–65.0	13.0–30.3	30.4–47.6	47.7–65.0
สมรรถนะการสื่อสารด้าน สุขภาพยุควิถีใหม่	23.0–115.0	23.0–53.7	53.8–84.4	84.5–115.0

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม (IOC: Index of item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามทักษะการสื่อสารทั่วไปเท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเท่ากับ 0.98 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าแบบสอบถามทักษะการสื่อสารทั่วไปเท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งเอกสารประชาสัมพันธ์โครงการ และประกาศรับสมัครไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดสกลนคร กลุ่มเป้าหมายสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้โดยสมัครใจ โดยผู้ที่ต้องการเข้าร่วมสามารถแจ้งชื่อและลงทะเบียนการเข้าร่วมผ่านแบบลงทะเบียนออนไลน์ ช่วงระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จากนั้นผู้วิจัยส่งคำชี้แจงโครงการ รายละเอียดกิจกรรม และกำหนดการทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปยังกลุ่มอาสาสมัคร เมื่อดำเนินการทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนเริ่มการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่รับรอง 018/2563 ลงวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2563 ภายหลังการรับรองและอนุมัติในการทำวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และอธิบายชี้แจงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบทั้งในปัจจุบันและอนาคตของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลในการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี (ร้อยละ 65.6) อายุต่ำสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 38 ปี เกือบทั้งหมดทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 90.6) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 71.9) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การสื่อสารสุขภาพและการสร้างสื่ออื่นๆ ครั้ง (ร้อยละ 71.9)

ผลของโปรแกรมพัฒนาศมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่

กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.78 คะแนน (SD=7.20) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 85.59 คะแนน (SD=13.12) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าหลังการทดลองสมรรถนะด้านการสื่อสารทั่วไปและด้านการสื่อสารสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ด้านสมรรถนะการสื่อสารทั่วไปก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.68 คะแนน (SD=4.00) และหลังเข้าร่วมอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 35.53 คะแนน (SD=5.93) จากตารางที่ 4 จะพบว่าหลังการเข้าร่วมทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการสื่อสารทั่วไปรายข้อมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สามารถประเมิน และสังเกตภาษากายของคนที่กำลังสนทนาด้วย เช่น สีหน้า ท่าทาง การขยับมือต่างๆ (3.97 คะแนน, SD=1.06) สามารถเอาใจใส่ความรู้สึกของคนที่กำลังสนทนาด้วยอย่างเต็มที่ (3.81 คะแนน, SD=1.12) และสามารถแสดงออกอย่างชัดเจนให้ผู้อื่นรู้ว่าคิดหรือรู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่กำลังสนทนากัน (3.78 คะแนน, SD=1.01) ดังตารางที่ 4

ด้านสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 43.09 (SD=5.67) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 50.06 (SD=8.51) และสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคุณลักษณะผู้ส่งสาร 33.16 (SD=4.08) การสร้างสื่อ 15.66 (SD=2.29) และช่องทางการสื่อสาร 3.94 (SD=0.95) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและผลต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามสมรรถนะ (n=32)

สมรรถนะ	คะแนนเฉลี่ย (SD)		ผลต่างของ คะแนนเฉลี่ย (95%CI)	T	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			
การสื่อสารทั่วไป	31.68 (4.00)	35.53 (5.93)	3.84 (1.79-5.89)	3.82	0.001*
การสื่อสารสุขภาพ	43.09 (5.67)	50.06 (8.51)	6.69 (3.83-9.53)	4.78	<0.001*
การสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่	74.78 (7.20)	85.59 (13.12)	10.81 (5.90-15.72)	4.49	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสมรรถนะการสื่อสารทั่วไปก่อนและหลังการทดลองรายข้อ (n=32)

สมรรถนะ	ระดับการประเมิน					
	ก่อน			หลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
1. สามารถบอกกล่าวหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้	3.25	0.88	ปานกลาง	3.53	0.84	ปานกลาง
2. สามารถสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจตรงกับสิ่งที่ต้องการสื่อได้ ไม่เข้าใจไปในทางที่ผิดหรือบิดเบือนไป	2.75	1.05	ปานกลาง	3.38	0.94	ปานกลาง
3. ขณะสนทนาสามารถคิดหาคำพูดที่เหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการจะสื่อสารออกไปได้	3.34	0.79	ปานกลาง	3.56	1.08	ปานกลาง
4. สามารถแสดงออกอย่างชัดเจนให้ผู้อื่นรู้ว่าคิดหรือรู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่กำลังสนทนากัน	3.34	0.83	ปานกลาง	3.78	1.01	ปานกลาง

ตารางที่ 4 (ต่อ) คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสมรรถนะการสื่อสารทั่วไปก่อนและหลังการทดลองรายข้อ (n=32)

สมรรถนะ	ระดับการประเมิน					
	ก่อน			หลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
5. เวลาที่พูดคุยกับผู้อื่น สามารถประเมิน และสังเกตภาษากายของของคนที่กำลังสนทนาด้วย เช่น สีหน้า ท่าทาง การขยับมือ ต่างๆ	3.38	0.66	ปานกลาง	3.97	1.06	สูง
6. สามารถตั้งใจฟัง สนใจขณะผู้อื่นกำลังจะพูดหรือสนทนา ถึงแม้ว่าจะรู้อยู่แล้วว่าเรื่องที่เขาคืออะไร	2.31	1.03	ควรพัฒนา	3.31	0.86	ปานกลาง
7. สามารถเอาใจใส่ความรู้สึกของคนที่กำลังสนทนาด้วยอย่างเต็มที่	3.47	0.72	ปานกลาง	3.81	1.12	สูง
8. ขณะสนทนาการชมเชยหรือชมเชยผู้อื่นเป็นเรื่องง่าย	3.22	0.97	ปานกลาง	3.47	1.11	ปานกลาง
9. สามารถรับรู้ได้ว่าคนที่กำลังพูดคุยสนทนาด้วยกำลังมีอารมณ์ความรู้สึกเป็นอย่างไร	3.41	0.71	ปานกลาง	3.59	0.71	ปานกลาง
10. ขณะสนทนาถ้าคนที่พูดคุยสนทนาด้วยกำลังอารมณ์ไม่ดี โศกเศร้า หรือเสียใจ สามารถจัดการอารมณ์ของคนอื่นได้ในขณะนั้น	3.03	0.90	ปานกลาง	3.31	0.78	ปานกลาง

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการสื่อสารสุขภาพรายข้อ ก่อนและหลัง
การทดลอง (n=32)

สมรรถนะ	ระดับการประเมิน					
	ก่อน			หลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
คุณลักษณะผู้ส่งสาร	28.53	3.58	ปานกลาง	33.16	4.08	สูง
1. มีความรู้ความสามารถในการสื่อสาร	3.31	0.59	ปานกลาง	4.06	0.80	สูง
2. สามารถพูดให้เข้าใจง่าย ตรงประเด็น ชัดเจน เพื่อให้ชาวบ้านรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง	3.53	0.84	ปานกลาง	3.44	0.80	ปานกลาง
3. เห็นความสำคัญของเสียงสะท้อน จากผู้รับสาร เพื่อให้รู้ว่าสิ่งที่เราสื่อสาร ไปชาวบ้านเข้าใจตรงตามที่เราต้องการ สื่อมากนักน้อยเพียงใด	3.53	0.72	ปานกลาง	3.63	0.87	ปานกลาง
4. นำข้อเสนอแนะจากบุคคลอื่น มาพัฒนาการสื่อสารให้ดียิ่งขึ้น	3.81	0.82	สูง	4.16	0.95	สูง
5. เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาวะ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นใจให้กับผู้รับสาร	3.56	0.80	ปานกลาง	4.47	0.67	สูง
6. มีการวิเคราะห์ และตรวจสอบข้อมูล ก่อนนำมาสื่อสารสู่ชุมชน	3.41	0.71	ปานกลาง	4.31	0.78	สูง
7. มีมนุษยสัมพันธ์ และบุคลิกภาพที่ดี ที่ทำให้เขาอยู่กับทุกคนได้	3.56	0.91	ปานกลาง	4.31	0.78	สูง
8. สื่อสารกับผู้ป่วยหรือคนในชุมชน โดยคำนึงถึงความเชื่อ ความกังวล หรือวัฒนธรรมด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน	3.81	0.74	สูง	4.78	0.42	สูง
การสร้างสื่อ	14.03	2.79	ปานกลาง	15.66	2.29	สูง
9. สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยหรือคน ในชุมชนจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสุขภาพ ใดเพิ่มเติม	3.53	0.84	ปานกลาง	4.16	0.68	สูง
10. สามารถสร้างสื่อที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีความน่าสนใจ	3.44	0.98	ปานกลาง	3.56	0.88	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ) คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการสื่อสารสุขภาพรายข้อก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

สมรรถนะ	ระดับการประเมิน					
	ก่อน			หลัง		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
11. สามารถเลือกค้นคว้าจากแหล่งข้อมูล ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้เนื้อหาในสื่อ มีความน่าเชื่อถือ	3.59	0.91	ปานกลาง	4.06	0.98	สูง
12. สามารถเลือกเนื้อหาที่จะสื่อสาร ได้เหมาะสมกับระดับความเข้าใจ ของผู้ป่วยหรือคนในชุมชน	3.47	0.88	ปานกลาง	3.88	1.01	สูง
ช่องทางการสื่อสาร	3.50	0.92	ปานกลาง	3.94	0.95	สูง
13. สามารถเลือกช่องทางการสื่อสารที่ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลา การเข้าถึงสื่อ เช่น สื่อภาพ สื่อเสียง สื่อ บุคคล	3.50	0.92	ปานกลาง	3.94	0.95	สูง

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่สำหรับนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการพัฒนาสมรรถนะตามหลักการสื่อสารทั่วไปและการสื่อสารสุขภาพที่ครอบคลุมการสื่อสารข้อความที่ชัดเจน การฟังอย่างตั้งใจ การให้และรับฟังข้อเสนอแนะ เน้นการพัฒนาตามคุณลักษณะของผู้ส่งสาร และการฝึกปฏิบัติการสร้างสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมยุควิถีใหม่ ซึ่งพบว่าหลังการทดลองนักวิชาการสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่ มากกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, บุญเรือง ขาวนวล และไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ⁽²²⁾ ที่หลังการอบรมหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของหมออนามัยหรือนักวิชาการสาธารณสุขมีคะแนนสูงกว่าก่อนการอบรม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพที่จำเพาะเจาะจงกับนักวิชาการสาธารณสุขชุมชนที่มีบทบาทส่งเสริมการเรียนรู้ การแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน

โดยการผสมผสานต่อเนื่องและเชื่อมโยงเป็นองค์รวม⁽⁸⁾ โดยออกแบบให้เน้นการทดลองปฏิบัติ ดังนั้นจึงสามารถสร้างให้นักวิชาการสาธารณสุขเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการปฏิบัติและประสบการณ์⁽²³⁾ ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขที่เข้าร่วมการวิจัยเกือบทั้งหมดทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานด้านสาธารณสุขมากกว่า 5 ปี และบางส่วนมีประสบการณ์การสื่อสารสุขภาพมาก่อนจึงสามารถที่จะสะท้อนปัญหาจริงในการสื่อสารสุขภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการจากการปฏิบัติงานจริงของตนเองในหน่วยเรียนรู้ที่ 1 เรื่องการฟังอย่างตั้งใจ ซึ่งนอกจากจะได้สะท้อนความต้องการของผู้รับสารหรือผู้รับบริการในการสื่อสารได้ชัดเจนมากขึ้นแล้วยังเป็นการฝึกปฏิบัติการประเมินอารมณ์ ความรู้สึก เข้าใจความคิด และความต้องการของผู้ส่งสารขณะที่ผู้เล่าเรื่องราวกำลังเล่าประสบการณ์อยู่โดยผู้ฟังจะไม่ตัดสินหรือใส่ความคิดส่วนตัวเข้าไป เพื่อนำไปพัฒนาสมรรถนะตนเองในส่วนที่ขาดหรือต้องปรับปรุงโดยการถอดบทเรียนจากต้นแบบการสื่อสารที่ผ่านการใช้งานจริง และการนำไปทดลองใช้ในการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในพื้นที่

นอกจากนี้พบว่าหลังการทดลองโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพยุควิถีใหม่นักวิชาการสาธารณสุขประเมินตนเองว่าสามารถประเมินและสังเกตภาษากายของคนที่กำลังสนทนาด้วย เช่น สีหน้า ท่าทาง การขยับมือ ต่างๆ ได้ สามารถเอาใจใส่ความรู้สึกของคนที่กำลังสนทนาด้วยอย่างเต็มที่ที่สามารถแสดงออกอย่างชัดเจนให้ผู้อื่นรู้ว่าคิดหรือรู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่กำลังสนทนากันได้ และสามารถนำข้อเสนอแนะจากบุคคลอื่นมาพัฒนาการสื่อสารให้ดียิ่งขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นคุณลักษณะผู้ส่งสารที่ดี สำหรับด้านการสร้างสื่อ นักวิชาการสาธารณสุขสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยหรือคนในชุมชนจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสุขภาพใดเพิ่มเติม และเลือกช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลา การเข้าถึง สื่อ เช่น สื่อภาพ สื่อเสียง สื่อบุคคล ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้เกิดยุควิถีใหม่ การสื่อสารสุขภาพจึงจำเป็นต้องทันเวลากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปการออกแบบสื่อสารสุขภาพและช่องทางการสื่อสารจึงต้องสะดวกและรวดเร็ว แต่ได้เนื้อหาสาระที่ประชาชนหรือผู้รับบริการเข้าใจได้ง่ายจากการวิจัยนี้จึงพัฒนาการสร้างสื่อด้วยมีม (Meme) และอินโฟกราฟิก (Info graphic) เป็นการออกแบบสื่อโดยอาศัยศิลปะกับการสื่อสาร ได้แก่ การใช้สัญลักษณ์ รูปภาพ ตัวเลข ตัวอักษร ภาพการ์ตูน ภาพเคลื่อนไหว ทำให้ผู้รับสารเกิดการรับรู้และเข้าใจได้ง่าย เป็นการปรับปรุงงานและแก้ปัญหาสื่อที่มีเนื้อหาซับซ้อนและยากต่อการทำความเข้าใจ⁽⁴⁾ การเลือกผลิตสื่อจึงควรให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ วัฒนธรรมท้องถิ่น และกลุ่มเป้าหมายจะทำให้ประชาชนเข้าใจและเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ⁽²⁴⁾

จากผลการวิจัยข้างต้นทำให้เห็นว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถพัฒนาสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขได้ เนื่องจากการออกแบบกิจกรรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานแล้วนั้นจะเน้นการฝึกที่บูรณาการกับการทำงานในลักษณะการฝึกปฏิบัติงานไปพร้อมการทำงานจริง (On Job Training: OJT) โดยมีผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่เป็นโค้ช (Coaching) ให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการปรับปรุงชิ้นงานการออกแบบสื่อ

เพื่อการสื่อสารสุขภาพวิถีใหม่ (หน่วยการเรียนรู้ที่ 4) และการสื่อสารสุขภาพในชีวิตจริง (หน่วยการเรียนรู้ที่ 5) ซึ่งจะเป็นการพัฒนาสมรรถนะโดยการดึงศักยภาพและประสิทธิภาพจากผู้ปฏิบัติงานออกมาใช้ในการทำงานได้ สอดคล้องกับความต้องการของคนยุคนี้เกี่ยวกับการพัฒนาบุคคลวัยทำงานให้มีสมรรถนะที่จำเป็นเป็นการเพิ่มทักษะใหม่ (Up-skill) หรือพัฒนาทักษะเดิมที่จำเป็น (Re-skill) ซึ่งเป็นเทรนด์การศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning) เป็นการออกแบบเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่อาศัยประสบการณ์ ความรู้ และแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกันซึ่งสอดคล้องกับ อีริคสัน เชียวรัมย์⁽²³⁾ ที่กล่าวว่าการเรียนรู้จากการปฏิบัติเป็นการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ระหว่างการปฏิบัติจริง บุคลากรมีความกระตือรือร้น สนใจ ใฝ่รู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ นอกจากนี้การพัฒนาสมรรถนะให้สามารถสร้างสื่อสุขภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประเด็นสุขภาพต่างๆ ที่ต้องการสื่อกับชุมชนในสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้ โดยหลังการทดลอง นักวิชาการสาธารณสุขสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือคนในชุมชนโดยคำนึงถึงลักษณะบุคคล ความเชื่อ ความกังวล หรือวัฒนธรรมด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้ดีกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ จัดว่าเป็นพื้นฐานการสื่อสารอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของบัณฑิตกา จารุมา และพยอม ก้อนในเมือง⁽²⁵⁾ ที่พบว่าผู้พูดควรตระหนักถึงข้อจำกัด และประสิทธิภาพของการพูด หากพูดแบบเผชิญหน้าต้องคำนึงถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ทางสังคม ความสนิทสนมกับผู้พูด เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพสำหรับนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้เกิดการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยนี้ใช้วิธีการประเมินตนเองตามสภาพจริงจึงอาจเป็นข้อจำกัด เช่น ไม่ได้อ้างอิงระดับสมรรถนะตามชิ้นงานที่เกิดขึ้นจริง หรือการประเมินจากผู้รับบริการ ดังนั้นควรมีการประเมินจากผู้รับบริการ และการประเมินผลงานโดยผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วยซึ่งจะทำให้ได้ผลลัพธ์การประเมินมีความรอบด้านมากยิ่งขึ้น และสามารถใช้ติดตามผลของการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารสุขภาพของนักวิชาการสาธารณสุขได้ในงานวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2563 สำหรับการดำเนินงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิเชียร มั่นแหล่, บุญยั้ง ประทุม, สุรศักดิ์ แก้วอ่อน, กรกฎ จำเนียร. ผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์. 2564; 8(11): 327-40.
2. พัชรววรรณ ศรีศิลปนันท์, อติศักดิ์ จำปาทอง, สิริพร สาสกุล. การสื่อสารข่าวกับผู้สูงวัยในภาวะการระบาดของไวรัสโคโรนา. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2563; 19(1): 9-12.
3. Wilson L, Callender B, Hall TL, Jogerst K, Torres H, Velji A. Identifying global health competencies to prepare 21st century global health professionals: report from the global health competency subcommittee of the consortium of universities for global health. J Law Med Ethics. 2014 Dec;42 Suppl 2:26-31. doi: 10.1111/jlme.12184. PMID: 25564707. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jlme.12184>
4. สิริธม มณีแฮด, สรัญญา เชื้อทอง. การสื่อสารสุขภาพของกรมควบคุมโรคโดยใช้การเล่าเรื่องด้วยสื่ออินโฟกราฟิกในสถานการณ์โควิด-19. วารสารการสื่อสารมวลชน. 2563; 8(2): 91-119.
5. Stigler FL, Duvivier RJ, Weggemans M, Salzer HJ. Health professionals for the 21st century: a students' view. Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1877-8. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61968-X. Epub 2010 Nov 26. PMID: 21112622.
6. อุทัย ยะวี, มณฑนา สีเขียว. การใช้สื่อสังคมออนไลน์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. 2562; 8(1): 222-38.
7. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, ศิริธร ยิ่งแรงเรง, จันทิมา เขียวแก้ว, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, เนติยา แจ่มทิม, วรรณภ พรมศวร. พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และสื่อสังคมของผู้สูงอายุ ตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560; 11(ฉบับพิเศษ): 12-22.
8. พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พุทธศักราช 2556. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 130 ตอนที่ 118 ก. หน้า 19, (ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2556).
9. บุญเรือง ขาวนวล, นงลักษณ์ พะโกยยะ, ประยูร ฟองสกลิตยกุล, สติกร พงศ์พานิช, วิทยา อยู่สุข, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. ความต้องการกำลังคนวิชาชีพสาธารณสุขของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561; 12(2): 245-53.

10. ปรีทัศน์ เจริญช่าง, สุวัฒนา เกิดม่วง, สุรินทร์ กลัมพากร. สมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 26(1): 40-51.
11. คณะอนุกรรมการวิจัยและพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน. การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชนที่พึงประสงค์ของสังคม. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี: สภาการ สาธารณสุขชุมชน; 2563.
12. ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม, นภาพร อินสิน, วิบูลย์สุข ตาลกุล, กาญจนา วงษ์สวัสดิ์. ความคาดหวังต่อสมรรถนะ ในศตวรรษที่ 21 ที่พึงประสงค์ของนักวิชาการสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(2): 77-89.
13. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Med Teach. 2006 Aug;28(5):e127-34. doi: 10.1080/01421590600726540. PMID: 16973446.
14. Brightwell A, Grant J. Competency-based training: who benefits? Postgrad Med J. 2013 Feb;89(1048):107-10. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-130881. Epub 2012 Sep 27. PMID: 23019588.
15. หนึ่งหทัย ขอผลกลาง, กิตติ กันภัย. งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนาสังคม. วารสาร เทคโนโลยีสุรนารี. 2553; 4(1): 65-77.
16. ณัฐติกานต์ จันทร์ไทย. รูปแบบการฝึกอบรมฐานสมรรถนะสำหรับพนักงานอำนวยการบิน ในประเทศ ไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการบิน]. กรุงเทพฯ: สถาบันการ บินพลเรือน สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2559.
17. ชนธิ์ ชำนาญกิจ. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมฐานสมรรถนะทางด้านการใช้ภาษาไทย เพื่อเตรียมความ พร้อมในการสหกิจศึกษา โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ และแนวคิดการสอนภาษาเพื่อการ สื่อสาร [ดุขุณิพนธ์ หลักสูตรการศึกษาดุขุณิพนธ์ สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
18. สิริภัทร โสติยาภักย์, นัยนันต์ เตชะวณิช, ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อ สมรรถนะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561; 11(3): 36-50.
19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007 May;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146. PMID: 17695343.

20. ประไพพิศ สิงหเสม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(ฉบับพิเศษ): 65–78.
21. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
22. กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, บุญเรือง ขาวนวล, ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ. ผลของหลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยง ด้านสุขภาพในชุมชนต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย. วารสาร มทร.อีสาน ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2019; 6(1): 37–57.
23. ธีรพันธ์ เชิญรัมย์. องค์การแห่งการเรียนรู้ : การเรียนรู้จากการปฏิบัติ. วารสารวิจัยวิชาการ. 2563; 3(1): 185–96.
24. Promthet P, Kessomboon P, Promthet S. Community-Based Health Education and Communication Model Development for Opisthorchiasis Prevention in a High Risk Area, Khon Kaen Province, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(17):7789-94. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.17.7789. PMID: 26625799.
25. บัณฑิตา จารุมา, พยอม ก้อนในเมือง. วิธีพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ. วารสาร มจร. มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2563; 6(1): 413–28.

การศึกษาผลของภาวะอ้วนต่อการเกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรง ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ในจังหวัดสระบุรี

ภาวศุทธิ์ เบิกบาน, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของภาวะอ้วนต่อการเกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดสระบุรี **รูปแบบการวิจัย:** Retrospective cohort study กลุ่มตัวอย่าง: สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดสระบุรี โดยวิธี Stratified Sampling ตามระดับ BMI ได้ 1,183 คน **เครื่องมือวิจัย:** แบบเก็บข้อมูล (ข้อมูลพื้นฐาน ระดับความรุนแรง และผลการรักษา) **ช่วงเวลาที่ทำวิจัย:** ระหว่างวันที่ 26 กรกฎาคม 2564 ถึง 23 พฤศจิกายน 2564 **วิธีดำเนินการวิจัย:** เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสระบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ Multivariable logistic regression analyses

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ภาวะอ้วนระดับที่ 1 ($BMI 25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$) และภาวะอ้วนระดับที่ 2 ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 4.2, 95% CI=2.0-8.7, $p<0.001$), (OR 5.0, 95% CI=2.2-11.3, $p<0.001$), (OR 3.6, 95% CI=1.6-8.1, $p=0.002$) ตามลำดับ ปัจจัยอื่นที่มีผล ได้แก่ อายุ 60-79 ปี (OR 3.2, 95% CI=1.7-6.0, $p<0.001$) อายุ ≥ 80 ปี (OR 35.6, 95% CI=9.7-130.9, $p<0.001$) เพศชาย (OR 2.0, 95% CI=1.1-3.6, $p=0.017$) อาการหอบเหนื่อย (OR 3.8, 95% CI=2.2-7.2, $p<0.001$) และได้รับวัคซีน ≥ 2 เข็ม (OR 0.1, 95% CI=0.01-0.70, $p=0.022$) **สรุปผลการวิจัย:** ผู้ป่วย COVID-19 ที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมรุนแรงเป็น 4.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติ

คำสำคัญ : ภาวะอ้วน; ปอดบวม; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสระบุรี

^a Corresponding author ภาวศุทธิ์ เบิกบาน Email : pawantutae@gmail.com

รับบทความ: 24 เม.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 1 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 1 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 22 มิ.ย. 65

Impacts of Obesity on Development of Severe COVID-19 Pneumonia among IPD Patients Admitted to Field Hospital: A retrospective cohort study in Saraburi province

Pawasoot Burgban, MD^{*a}

Abstract

Objective: This study aimed to examine impacts of obesity on development of severe COVID-19 pneumonia among IPD patients admitted to a field hospital, Saraburi province. *Methods:* This study used a retrospective cohort study design. *Populations:* A total of 1,183 COVID-19 patients admitted to a field hospital, Saraburi province were selected using stratified sampling technique using BMI level as a selection criteria. *Research tools:* Data were collected using forms included information on baseline information, severity and clinical outcomes. *Research period:* The study was conducted between July 26, 2021 and November 23, 2021. *Study methods:* The data were from Saraburi hospital medical record database. Logistic regression analysis was used to determine the impact of obesity on development of severe COVID-19 pneumonia.

Results: Obesity ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$), grade 1 obesity ($\text{BMI} = 25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$), and grade 2 obesity ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) was associated with risks of developing severe pneumonia with $\text{OR} = 4.2$ (95% CI = 2.0-8.7; $p < 0.001$), 5.0 (95% CI = 2.2-11.3; $p < 0.001$), and 3.6 (95% CI, 1.6-8.1; $p = 0.002$), respectively. Other factors contributing to developing severe pneumonia were being patient aged $\geq 60\text{-}79$ years ($\text{OR} = 3.2$, 95% CI = 1.7-6.0, $p < 0.001$), being patient aged ≥ 80 years ($\text{OR} = 35.6$, 95% CI = 9.7-130.9, $p < 0.001$), being male ($\text{OR} = 2.0$, 95% CI = 1.1-3.6, $p = 0.017$), having shortness of breath at admission ($\text{OR} = 3.8$, 95% CI = 2.2-7.2, $p < 0.001$) and having history of at least 2 doses of COVID-19 vaccine ($\text{OR} = 0.1$, 95% CI = 0.01-0.70, $p = 0.022$).

* Medical Physician, Professional Level, Department of Social Medicine, Saraburi Hospital

^a Corresponding author: Pawasoot Burgban Email : pawantutae@gmail.com

Received: Apr. 24, 22; Revised: Jun. 1, 22; Accepted: Jun. 1, 22; Published Online: Jun. 22, 22

Conclusions: COVID-19 patients with obesity ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) were 4.2 times more likely to develop severe pneumonia compared to normal weight patients.

Keywords : Obesity; Pneumonia; COVID-19 infection

บทนำ

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563⁽¹⁾ พบว่าเพศชายร้อยละ 18.0 และเพศหญิงร้อยละ 16.6 มีภาวะน้ำหนักเกิน และพบว่าเพศชายร้อยละ 37.8 และเพศหญิงร้อยละ 46.4 มีภาวะอ้วน โดยความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45–59 ปี ความชุกลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุ และต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 5 ปี 2557 ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ภาวะดังกล่าวส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบบรุนแรง โดยเกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบเรื้อรัง ระบบภูมิคุ้มกัน การแข็งตัวของเลือด และสมรรถภาพปอดที่ลดลง⁽²⁾

การศึกษาในต่างประเทศ (n=210) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสนอนโรงพยาบาลเป็น 2.61 เท่า ใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเสียชีวิตประมาณ 6 เท่าเทียบกับคนที่มีน้ำหนักปกติ⁽³⁾ ส่วนการศึกษาในจีน (n=383) ซึ่งมีสัดส่วนผู้ป่วยน้ำหนักตัวปกติ ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 53.1, 4.2 และ 32.0 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่รุนแรง 1.84 เท่า และ 3.40 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีน้ำหนักปกติ⁽⁴⁾

การศึกษาในประเทศไทยในช่วงการระบาดเมื่อปีพ.ศ. 2563 (n=147) ซึ่งมีสัดส่วนผู้ป่วย น้ำหนักตัวปกติ ภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 38.1, 17.7 และ 31.3 ตามลำดับ สัดส่วนของการเกิดภาวะปอดบวมในผู้ป่วยน้ำหนักตัวปกติ ภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนประมาณร้อยละ 40, 60 และ 80 ตามลำดับ และมีสัดส่วนของการเกิดภาวะปอดบวมรุนแรง (อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที หรือมีอาการหอบเหนื่อยรุนแรง หรือระดับออกซิเจนปลายนิ้ว น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93) มีสัดส่วนร้อยละ 16.2, 21.6 และ 54.1 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะ น้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมรุนแรง คิดเป็น 2.73 และ 5.33 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับคนที่มีน้ำหนักตัวปกติ ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรค สัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ที่มากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ 25 kg/m^2 ขึ้นไป⁽⁵⁾

แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข⁽⁶⁾ จัดให้ภาวะอ้วน

(น้ำหนักมากกว่า 90 kg หรือ BMI ≥ 30 kg/m²) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อที่รุนแรง โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 คือผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดบวม (Pneumonia) เล็กน้อย ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 4 (COVID-19 with risk factors for severe disease or having co-morbidity or mild pneumonia) แนะนำให้ Favipiravir โดยเริ่มให้ยาเร็วที่สุด ให้นาน 5 วัน หรือมากกว่า ขึ้นกับอาการทางคลินิกตามความเหมาะสมหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

อย่างไรก็ตามภาวะอ้วนในประชากรเอเชียมีความแตกต่างจากประชากรตะวันตกซึ่งมีเกณฑ์วินิจฉัยโดยใช้ BMI ที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากภาวะอ้วนได้มากกว่า⁽⁷⁾ นอกจากนี้เริ่มมีข้อมูลที่สนับสนุนว่าภาวะอ้วนระยะที่ 1 และภาวะน้ำหนักเกินก็เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะปอดบวมที่รุนแรงและอัตราการตายอีกด้วย^(2,5) อีกทั้งจากข้อมูลโรงพยาบาลสนามในความดูแลของรพ.สระบุรี ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนระยะที่ 1 และภาวะน้ำหนักเกิน เกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรงจำนวนมาก

จากเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการศึกษาผลของภาวะอ้วนตามเกณฑ์วินิจฉัยโดยใช้ BMI ตั้งแต่ 25 kg/m² ขึ้นไป ต่อการเกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อค้นหาช่วงระดับ BMI ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความรุนแรงของโรค และสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะอ้วนให้เหมาะสมกับบริบทไทย หากมีการระบาดในอนาคต

คำถามการวิจัย

ภาวะอ้วนมีผลต่อการเกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรงอย่างไร ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ในจังหวัดสระบุรี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของภาวะอ้วนต่อการเกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ในจังหวัดสระบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ในความดูแลของโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 26 กรกฎาคม 2564 ถึง 23 พฤศจิกายน 2564

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจแบบ RT-PCR พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีข้อมูล BMI มีผลอ่านภาพรังสีทรวงอก มีข้อมูลเวชระเบียนที่ตรวจสอบได้ และสามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างน้อย 10 วัน นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การประมาณขนาดการศึกษา: ใช้วิธีการคำนวณการศึกษาด้วยโปรแกรม STATA โดยหา Sample size ของแต่ละปัจจัยด้วย Two independent proportion จากนั้นเลือก Sample size ที่มากที่สุดด้วยสูตร

$$n_1 = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1 + r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

โดยกำหนดให้

P1 = Proportion of severe pneumonia ของประชากรกลุ่มที่ 1 เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$)

P2 = Proportion of severe pneumonia ของประชากรกลุ่มที่ 2 เมื่อไม่มีปัจจัยเสี่ยงภาวะอ้วน ($BMI < 25 \text{ kg/m}^2$)

$\alpha = 0.05$

$\beta = 0.2$ โดยกำหนดให้ ratio $n_2/n_1=2$

โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยในประเทศไทย⁽⁵⁾ และสัดส่วนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม Sample size ที่คำนวณได้คือ $n_1=380$, $n_2=760$ (ratio $n_2/n_1=2$) กล่าวคือ ต้องมีผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) 380 คน และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะอ้วน ($BMI < 25 \text{ kg/m}^2$) 760 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี Stratified sampling ตามระดับ BMI

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสระบุรี ของผู้ป่วยที่มารับบริการตั้งแต่ระหว่างวันที่ 26 กรกฎาคม 2564 ถึง 23 พฤศจิกายน 2564 บันทึกลงในแบบเก็บข้อมูลงานวิจัยตามตัวแปรด้านล่าง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 14.0

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2565 รหัสโครงการ SBBR64-049 มีการเก็บรักษาความลับ

ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยอื่นๆ ตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล จนถึง การวิเคราะห์และรายงานผลข้อมูล โดยไม่มีการเก็บข้อมูลโดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 14.0 โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวแปร ดังนี้

ตัวแปรต้น ภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$)

ตัวแปรควบคุม ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด
- โรคประจำตัวที่เป็นความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) ตั้งแต่ระยะ 3-5 โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ
- อาการแสดง ได้แก่ กลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง กลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนบน กลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร และกลุ่มอาการของระบบอื่นๆ
- ระดับออกซิเจนปลายนิ้วขณะพักโดยไม่ใช้ออกซิเจนแรกรับ (Resting room air SpO_2 on admission)
- ระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอกสำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดบวมในผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 (Rama Co-RADS) โดยใช้ระดับที่สูงที่สุด
- ข้อมูลการรักษา ได้แก่ การได้รับยา Favipiravir วันที่ 1-5 ระยะเวลาที่เริ่มยา Favipiravir นับจากวันที่พบเชื้อ การได้รับยา Favipiravir วันที่ 6-10 และการได้รับยา Dexamethasone

ตัวแปรตาม: ภาวะปอดบวมระดับรุนแรง (Severe COVID-19 pneumonia) ตามนิยามของ National Institutes of Health: NIH คือผู้ป่วยที่มีค่าออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่าร้อยละ 94 โดยไม่ได้ใช้ออกซิเจน หรือมีค่า Pressure of oxygen to fraction of inspired oxygen (PaO_2/FiO_2) มากกว่า 300 mmHg หรือมีอัตราการหายใจ มากกว่า 30 ครั้งต่อนาที หรือมี Lung infiltrates มากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่อาการจะทรุดลง อย่างรวดเร็ว และควรได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนทันที รวมทั้งอาการวิกฤติ (Critical illness) คือผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว หรือ Septic shock หรือ Multiple organ dysfunction

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

- ข้อมูลต่อเนื่องแจกแจงแบบปกติ ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว BMI ระดับออกซิเจนปลายนิ้วขณะพัก โดยไม่ได้ใช้ออกซิเจนแรกรับ และระยะเวลาที่เริ่มยา Favipiravir day 1-5 (นับจากวันที่ PCR detected)

นำเสนอ ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean±SD) ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลต่อเนื่อง สองกลุ่มด้วย Independent t-test

- ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ช่วงอายุ โรคประจำตัวที่เป็นความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประวัติการสูบบุหรี่ กลุ่มอาการแสดงของติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วงระดับออกซิเจนปลายนิ้วขณะพักโดยไม่ใช้ ออกซิเจนแรกเริ่ม ระดับความผิดปกติจากภาพรังสีทรวงอก สำหรับการวินิจฉัยภาวะปอดบวมในผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 (Rama Co-RADS) การได้รับยา Favipiravir วันที่ 1-5 การได้รับยา Favipiravir วันที่ 6-10 การได้รับยา Dexamethasone ระดับความรุนแรง ของภาวะปอดบวมประเภทของการใช้ Oxygen therapy และการเสียชีวิต นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลด้วย Exact probability test

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนต่อการเกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรงเปรียบเทียบกับน้ำหนักปกติ โดยใช้ Multivariable logistic regression

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม ในความดูแลของโรงพยาบาลสระบุรี ช่วงวันที่ 26 กรกฎาคม-23 พฤศจิกายน 2564 จำนวน 1,183 คน อายุเฉลี่ย 42.9 ปี อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่มากที่สุดถึง ร้อยละ 80.8 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ (60 ปี ถึง <80 ปี) และวัยชรา (>80 ปี) ร้อยละ 18 และ 1.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.5 โดยมีโรคประจำตัวที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ โรคเบาหวานมากที่สุด รองลงไปได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเส้นเลือดสมอง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ร้อยละ 7.4, 2.1, 1.3, 0.8, 0.8 และ 0.4 ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นตามระดับ BMI โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีโรคเบาหวานร้อยละ 11.3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และพบโรคปอดเรื้อรัง มีสัดส่วนมากขึ้นตามระดับ BMI ที่ลดลงอีกด้วย (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 88.3 ปัจจุบันสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.2 เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 0.3 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 15.8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$)

ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีน ร้อยละ 83.4 ฉีดวัคซีน 1 เข็ม (Astrazeneca หรือ Pfizer) อย่างน้อย 14 วัน ก่อนตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 6 และฉีดวัคซีนครบ อย่างน้อย 2 เข็ม ร้อยละ 10.7 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนได้รับวัคซีนครบ อย่างน้อย 2 เข็มมากที่สุด ร้อยละ 11.5 แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรกได้รับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะอาการอย่างน้อย 1 ระบบ ร้อยละ 80.7 โดยมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ส่วนบนมากที่สุด รองลงมาเป็นระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็ม) และระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 72.2, 15.7 และ 7.7 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจมีสัดส่วนที่มากขึ้นตาม ระดับ BMI โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการทางระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง พบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 20.8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับออกซิเจนปลายนิ้วขณะพักแรกรับในระดับปกติ ($SpO_2 > 96\%$) ร้อยละ 93.7 มีระดับ ผิดปกติ (SpO_2 ระหว่าง 94-96%) ร้อยละ 4.7 และระดับผิดปกติรุนแรง ($SpO_2 < 94\%$) ร้อยละ 1.5 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจะพบความผิดปกตินี้มากที่สุด แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับภาวะปอดบวม (Rama Co-RADS 3-5) โดยพบใน กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมากที่สุดถึงร้อยละ 71.3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา Favipiravir 5 วัน ร้อยละ 63.9 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนได้รับยาร้อยละ 79.5 ผู้ป่วยที่ได้รับยา Dexamethasone ชนิดกิน มีร้อยละ 16.7 และ ได้รับยา Favipiravir ต่อวันที่ 6-10 มีร้อยละ 8.0 โดยสัดส่วนการได้รับยาทั้ง 3 ชนิดมากขึ้นตามระดับ BMI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระดับความรุนแรงอ้างอิงตาม NIH ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดบวมรุนแรงมีร้อยละ 4.8 ระดับปานกลางมีร้อยละ 44.0 โดยมีสัดส่วนมากขึ้นในตาม BMI โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจะมีภาวะปอดบวมระดับปานกลางขึ้นไปถึงร้อยละ 64.3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

หากอ้างอิงความรุนแรงตามแนวทางเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับที่ 3 คือมีความเสี่ยง หรือมีปอดบวมเล็กน้อย ร้อยละ 73.8 รองลงมาเป็นระดับที่ 4 คือมีปอดบวมที่รุนแรงมากขึ้น หรือมีระดับออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่าร้อยละ 96 โดยความรุนแรงระดับนี้มีสัดส่วนมากขึ้นตามระดับ BMI โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน มีความรุนแรงระดับที่ 4 ถึงร้อยละ 30.8

การใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยร้อยละ 6.5 จำเป็นต้องใช้ออกซิเจน Cannula หรือ Mask โดยมีสัดส่วนมากขึ้นตามระดับ BMI กล่าวคือผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนชนิดนี้มากที่สุดถึงร้อยละ 10.5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนผู้ป่วยร้อยละ 1.3 จำเป็นต้องใช้ออกซิเจนอัตราไหลสูง (High-flow nasal cannula; HFNC) และผู้ป่วยร้อยละ 0.2 จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ Invasive ventilator

การส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยร้อยละ 5 ได้รับการส่งต่อ โดยผู้ป่วยที่มี BMI ต่ำกว่าปกติ จะถูกส่งต่อมากที่สุดร้อยละ 6.8 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนร้อยละ 6.5

อัตราการเสียชีวิตจากผู้ป่วยทั้งหมด 1,183 คน เสียชีวิต 1 คน เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 0.1

ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและระดับความรุนแรงของภาวะปอดบวมในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Multivariable-adjusted logistic regression analyses (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมรุนแรง 4.2 เท่า (95% CI=2.0-8.7) เทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยแต่ละ BMI ที่เพิ่มขึ้น 1 kg/m^2 มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมรุนแรง 1.2 เท่า (95% CI=1.1-1.2) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยปรับตามตัวแปรกลุ่มอายุ เพศ โรคเบาหวาน อาการหายใจหอบเหนื่อยตอนแรกรับ และการฉีดวัคซีน

หากพิจารณาตามระดับของภาวะอ้วน (ตารางที่ 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรง 5.0 เท่า (95% CI=2.2-11.3) เทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรง 3.6 เท่า (95% CI=1.6-8.1) เทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) โดยปรับตามตัวแปร กลุ่มอายุ เพศ โรคเบาหวาน อาการหอบเหนื่อยตอนแรกรับ และประวัติการฉีดวัคซีน

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะปอดบวมในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Multivariable-adjusted logistic regression analyses (ตารางที่ 4) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60-79 ปี มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรง 3.2 เท่า (95% CI=1.7-6.0) เทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุ 15-59 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 80 ปี มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรง 35.6 เท่า (95% CI=9.7-130.9) เทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุ 15-59 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรง 2.0 เท่า (95% CI=1.1-3.6) เทียบกับผู้ป่วยเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรง 1.0 เท่า (95% CI=0.4-2.6) เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวาน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.952$) ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยแรกรับมีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรง 3.8 เท่า (95% CI=2.2-7.2) เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยแรกรับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรงเป็น 0.1 เท่า (95% CI=0.01-0.70) เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ฉีดวัคซีน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.022$) โดยปรับตามตัวแปรกลุ่มอายุ เพศ โรคเบาหวาน อาการหอบเหนื่อยตอนแรกรับ และประวัติการฉีดวัคซีน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าร่วมงานวิจัยแบ่งตามระดับ BMI

Characteristics	Total (n=1,183)	Body mass index (kg/m ²)				p-value
		<18.5 (n=147)	18.5-22.9 (n=434)	23-24.9 (n=202)	≥25 (n=400)	
BMI (kg/m²), mean±SD	23.3±4.6	17.0±1.1	20.3±1.0	23.6±0.4	28.6±2.9	<0.001
Weight (kg), mean±SD	61.0±13.3	45.7±5.9	53.8±6.6	61.6±7.0	74.3±11.0	<0.001
Age (years), mean±SD	42.9±17.1	32.7±19.7	40.4±16.9	45.7±14.7	47.9±15.1	<0.001
15-59, n (%)	956 (80.8)	129 (87.8)	351 (80.9)	166 (82.2)	310 (77.5)	0.023
≥60-79, n (%)	213 (18.0)	15 (10.2)	77 (17.7)	33 (16.3)	88 (22.0)	0.023
≥80, n (%)	14 (1.2)	3 (2.0)	6 (1.4)	3 (1.5)	2 (0.5)	0.023
Sex, female, n (%)	645 (54.5)	68 (46.3)	223 (51.4)	111 (55.0)	243 (60.8)	0.007
Underlying conditions (Risks), n (%)						
Diabetes mellitus	87 (7.4)	2 (1.4)	25 (5.8)	15 (7.4)	45 (11.3)	<0.001
Chronic lung disease	9 (0.8)	2 (1.4)	4 (0.9)	1 (0.5)	2 (0.5)	0.692
Chronic kidney disease	9 (0.8)	1 (0.7)	6 (1.4)	1 (0.5)	1 (0.3)	0.290
Cardiovascular	25 (2.1)	4 (2.7)	11 (2.5)	3 (1.5)	7 (1.8)	0.738
Cerebrovascular	3 (1.3)	2 (2.0)	7 (0.7)	3 (1.0)	15 (1.8)	0.392
Immunocompromised	5 (0.4)	1 (0.7)	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.5)	0.863
No smoking, n (%)	1,044 (88.3)	136 (93.2)	386 (88.9)	188 (93.1)	334 (83.5)	0.006
History of smoking	4 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.5)	0.006
Current smoking	133 (11.2)	10 (6.8)	46 (10.6)	14 (6.9)	63 (15.8)	0.006
No vaccination, n (%)	986 (83.4)	126 (85.7)	357 (82.3)	173 (85.6)	330 (82.5)	0.701
Vaccination any 2 dose	126 (10.7)	11 (7.5)	52 (12.0)	17 (8.4)	46 (11.5)	0.701
Any symptoms, n (%)	955 (80.7)	114 (77.6)	340 (78.3)	163 (80.7)	338 (84.5)	0.094
Dyspnea	186 (15.7)	18 (12.2)	55 (12.7)	30 (14.9)	83 (20.8)	0.009
Sore throat, rhinorrhea, anosmia	854 (72.2)	101 (68.7)	306 (70.5)	143 (70.8)	304 (76.0)	0.196
Diarrhea, Nausea, Vomiting	91 (7.7)	18 (12.2)	30 (6.9)	18 (8.9)	25 (6.3)	0.109

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าร่วมงานวิจัยแบ่งตามระดับ BMI

Characteristics	Total (n=1,183)	Body mass index (kg/m ²)				p-value
		<18.5	18.5-22.9	23-24.9	≥25	
		(n=147)	(n=434)	(n=202)	(n=400)	
Resting room air SpO2 on admission, n (%)						
SpO2 >96%	1,109(93.7)	141 (95.9)	409 (94.2)	191 (94.6)	368 (92.0)	0.398
SpO2 94-96%	56 (4.7)	5 (3.4)	20 (4.6)	10 (5.0)	21 (5.3)	0.398
SpO2 <94%	18 (1.5)	1 (0.7)	5 (1.2)	1 (0.5)	11 (2.8)	0.398
Film CXR (Rama Co-RADS), n (%)						
1, 2, C (No pneumonia)	576 (48.7)	102 (69.4)	271 (62.4)	88 (43.6)	115 (28.8)	<0.001
3, 4, 5 (Pneumonia)	607 (51.3)	45 (30.6)	163 (37.6)	114 (56.4)	285 (71.3)	<0.001
Pharmacological management n (%)						
Favipiravir day 1-5	756 (63.9)	60 (40.8)	244 (56.2)	134 (66.3)	318 (79.5)	<0.001
Favipiravir day 6-10	95 (8.0)	4 (2.7)	20 (4.6)	14 (6.9)	57 (14.3)	<0.001
Dexamethasone	198 (16.7)	11 (7.5)	45 (10.4)	35 (17.3)	107 (26.8)	<0.001

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งตามระดับดัชนีมวลกาย (BMI)

Characteristics	Total (n=1,183)	Body mass index (kg/m2)				p-value
		<18.5	18.5-22.9	23-24.9	≥25	
		(n=147)	(n=434)	(n=202)	(n=400)	
NIH Severity classifications, n (%)						
- Moderate illness	520 (44.0)	45 (30.6)	154 (35.5)	101 (50.0)	220 (55.0)	<0.001
- Severe illness	57 (4.8)	2 (1.4)	12 (2.8)	6 (3.0)	37 (9.3)	<0.001
Thailand CPG Severity classifications, n (%)						
1. Asymptomatic	54 (4.6)	21 (4.3)	26 (6.0)	4 (2.0)	3 (0.8)	
2. Symptomatic	21 (1.8)	6 (4.1)	8 (1.8)	3 (1.5)	4 (1.0)	
3. Risk/Mild pneumonia	873 (73.8)	106 (72.1)	346 (79.7)	151 (74.8)	270 (67.5)	

ตารางที่ 2 (ต่อ) ระดับความรุนแรงของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งตามระดับดัชนีมวลกาย (BMI)

Characteristics	Total (n=1,183)	Body mass index (kg/m ²)				p-value
		<18.5 (n=147)	18.5-22.9 (n=434)	23-24.9 (n=202)	≥25 (n=400)	
4. Pneumonia with hypoxemia	235 (19.9)	14 (9.5)	54 (12.4)	44 (21.8)	123 (30.8)	
Oxygen therapy, n (%)						
- Cannula / Mask	80 (6.8)	6 (4.1)	19 (4.4)	13 (6.4)	42 (10.5)	0.003
- High flow	15 (1.3)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	14 (3.5)	<0.001
- Mechanical ventilator	2 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.3)	1.000
Refer to tertiary care, n (%)	59 (5.0)	10 (6.8)	17 (3.9)	6 (3.0)	26 (6.5)	0.122
Death, n (%)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0.633

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและภาวะปอดบวมระดับรุนแรงในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โดยใช้ Multivariable-adjusted logistic regression analyses

Outcome	BMI (95% CI)	Odd ratio of Body mass index (kg/m2)				p- value
		<18.5	18.5-22.9	23-25	≥25	
		(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	
Severe pneumonia (NIH Severity classifications)						
Unadjusted	1.2 (1.1-1.2)	0.5 (0.1-2.2)	reference	1.1 (0.4-2.9)	3.6 (1.8-7.0)	<0.001
Adjusted with age group & sex	1.2 (1.1-1.3)	0.5 (0.1-2.2)	reference	1.1 (0.4-3.0)	4.2 (2.1-8.4)	<0.001
Adjusted with age group, sex & DM	1.2 (.1-1.3)	0.5 (0.1-2.2)	reference	1.1 (0.4-3.0)	4.2 (2.1-8.4)	<0.001
Adjusted with age group, sex, DM & dyspnea	1.2 (1.1-1.2)	0.6 (0.1-2.6)	reference	1.2 (0.4-3.3)	4.1 (2.0-8.4)	<0.001
Adjusted with age group, sex, DM, dyspnea, & vaccine history	1.2 (1.1-1.2)	0.5 (0.1-2.4)	reference	1.1 (0.4-3.1)	4.2 (2.0-8.7)	<0.001

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนระดับ 1 ภาวะอ้วนระดับ 2 กลุ่มอายุ เพศชาย การเป็นโรคเบาหวาน อาการหายใจหอบเหนื่อยเรื้อรัง และระดับออกซิเจนปลายนิ้วเรื้อรังกับภาวะปอดบวมระดับรุนแรงในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Multivariable-adjusted logistic regression analyses

Risk factors	Odd ratio (95% CI)	p-value
Grade 1 obesity: BMI 25-29.9 kg/m ² (Reference: Normal weight)	5.0 (2.2-11.3)	<0.001
Grade 2 obesity: BMI ≥30 kg/m ² (Reference: Normal weight)	3.6 (1.6-8.1)	0.002
Age ≥ 60-79 yr (Reference: Age 15-59 yr)	3.2 (1.7-6.0)	<0.001
Age ≥80 yr (Reference Age: 15-59 yr)	35.6 (9.7-130.9)	<0.001
Sex: Male (Reference: Female)	2.0 (1.1-3.6)	0.017
DM (Reference: No DM)	1.0 (0.4-2.6)	0.952
Symptom dyspnea at admission (Reference: No dyspnea)	3.8 (2.2-7.2)	<0.001
Vaccination ≥2 dose (Reference: No vaccination)	0.1 (0.01-0.70)	0.022

การอภิปรายผล

การศึกษานี้อยู่ในช่วงการระบาดของสายพันธุ์เดลต้าช่วงครึ่งปีหลัง พ.ศ. 2564⁽⁸⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนเป็น 1/3 ของผู้ป่วยทั้งหมด เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะปอดบวม และเกือบ 1/5 ของผู้ป่วยมีการดำเนินโรคสู่ภาวะปอดบวมที่รุนแรงขึ้น (ตามนิยามแนวทางเวชปฏิบัติฯ) งานวิจัยนี้พบว่ายิ่ง BMI มากขึ้น โอกาสเกิดภาวะปอดบวมรุนแรงจะยิ่งมากขึ้นประมาณ 4 เท่า ตั้งแต่ BMI≥25 kg/m² ขึ้นไป เทียบกับผู้ป่วยน้ำหนักปกติ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า^(2,5) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้พบว่าสัดส่วนการเกิดภาวะปอดบวมระดับรุนแรงตามนิยามของ NIH ต่ำกว่างานวิจัยในอดีต⁽⁵⁾

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อโควิด-19 แบบรุนแรง โดยมีกลไกเกี่ยวข้องกับโรคร่วมต่างๆ เกิดกระบวนการอักเสบเรื้อรัง ลดประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และสมรรถภาพปอดที่ลดลง⁽⁵⁾ อีกทั้งเซลล์ไขมันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่องท้องยังสามารถกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด Macrophage ให้ปล่อยสารที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการอักเสบ ได้แก่ Interleukin (IL)-1, IL-6, IL-8, IL-10, Tumor necrosis factor- α , C-reactive protein และ Resistin เกิดเป็นภาวะ Cytokine storm ซึ่งเป็นกลไกของภาวะ Lung injury และ Multiorgan failure ในโรคนี้⁽⁵⁾

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาติดตามแบบย้อนหลังโดยใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสนาม ในความดูแลของโรงพยาบาลสระบุรี รวบรวมผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจำนวนมาก ถือเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่ดี มีผู้ป่วยตั้งแต่ระดับไม่มีอาการ จนถึงอาการรุนแรงมากขึ้นจนต้องส่งต่อ และสามารถติดตามจนจบการรักษาได้ โดยการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาล ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษาอย่างครบถ้วนถูกต้อง มีการเก็บข้อมูลปัจจัยที่สำคัญได้ครบถ้วนกว่างานวิจัยในอดีต เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด ข้อมูลการรักษาด้วยยา แสดงผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษาทั้งแบบสากล (NIH) และตามแนวทางเวชปฏิบัติของไทย อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัด คือผู้ป่วยจะต้องวัดน้ำหนักและส่วนสูงด้วยตนเอง โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถควบคุมการวัดได้อย่างใกล้ชิด เนื่องจากการเว้นระยะห่างและข้อจำกัดของโรงพยาบาลสนาม

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมรุนแรงเป็น 4.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวปกติ ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะสำหรับเวชปฏิบัติกรณีที่ต้องเผชิญกับการระบาดของโรคที่มีลักษณะและความรุนแรงเช่นเดียวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้า ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนโดยมีแนวทางการดูแลที่เข้มงวดโดยเฉพาะ เพราะมีผลต่อการเกิดภาวะปอดบวมที่รุนแรงได้ตั้งแต่ $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ขึ้นไปมิใช่เฉพาะ $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ⁽⁶⁾ เท่านั้น รวมทั้งการสร้างความรู้ความตระหนักรู้แก่สังคมถึงปัญหาสุขภาพจากภาวะอ้วนโดยใช้ตัวอย่างจากกรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นแรงจูงใจเพื่อเข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในอนาคต ควรศึกษาจุดตัด BMI หรือน้ำหนักตัวที่เหมาะสมของคนไทย กับรูปแบบการดูแลรักษาและนโยบายการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 สำหรับคนที่มีภาวะอ้วน ศึกษาผลของขนาดเส้นรอบเอวที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงมากกว่า $BMI^{(9)}$ กับระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ศึกษาผลของภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ต่อระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ดังงานวิจัยต่างประเทศ⁽²⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ตลอดจนการศึกษาลักษณะของภาวะอ้วนต่อการเกิดภาวะ Long COVID

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลกร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [Internet]. [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/>
2. COVID-19 and Obesity: The 2021 Atlas | World Obesity Federation [Internet]. [cited 2021 Dec 4]. Available from: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/covid-19-and-obesity-the-2021-atlas>
3. Steinberg E, Wright E, Kushner B. In Young Adults with COVID-19, Obesity Is Associated with Adverse Outcomes. West J Emerg Med. 2020 Jun 15;21(4):752–5.
4. Cai Q, Chen F, Wang T, Luo F, Liu X, Wu Q, et al. Obesity and COVID-19 Severity in a Designated Hospital in Shenzhen, China. Diabetes Care. 2020 Jul;43(7):1392–8.
5. Jayanama K, Srichatrapimuk S, Thammavaranucupt K, Kirdlarp S, Suppadungsuk S, Wongsinin T, et al. The association between body mass index and severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A cohort study. PLoS ONE. 2021 Feb 16;16(2):e0247023.
6. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 4]. Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=155
7. Organization WH. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. 2000;
8. Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation reports [Internet]. [cited 2022 Jan 9]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
9. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. Nat Rev Endocrinol. 2020 Mar;16(3):177–89.

รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

นักสววรรณ ชนะพาล, พ.บ.^a

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และ 3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบ การศึกษาแบ่งเป็นสองส่วนคือการศึกษเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปริมาณ การศึกษาเชิงคุณภาพเจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 46 คน สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณประชากรเป็นเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 จำนวน 30 คู่ของนักเรียนและผู้ปกครอง สุ่มด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์สำหรับศึกษาสภาพและปัญหา 2) แบบสัมภาษณ์สำหรับสร้างและพัฒนารูปแบบ 3) แบบสอบถามสำหรับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และ 4) แบบบันทึกระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่แบบไม่อิสระ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า อำเภอแก้งคร้อมีการตรวจคัดกรองภาวะซีดในนักเรียน ร้อยละ 51.22 พบภาวะซีด ร้อยละ 39.60 ได้รับการรักษา ร้อยละ 22.94 ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน รูปแบบการดำเนินงานมี 4 ขั้นตอน คือ 1) วางแผนการดำเนินงาน 2) ตรวจคัดกรองตามแนวปฏิบัติ 3) อบรมให้ความรู้ และ 4) การส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบนี้มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} \pm SD = 4.52 \pm 0.22$) ก่อนการใช้รูปแบบ นักเรียนมีค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเฉลี่ยที่ร้อยละ 31.67 และหลังการใช้รูปแบบที่ร้อยละ 34.75 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.01$) ก่อนการใช้รูปแบบผู้ปกครองมีระดับพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm SD = 3.09 \pm 0.37$) หลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X} \pm SD = 4.53 \pm 0.16$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.03$) และมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.05 \pm 0.32$)

คำสำคัญ : การจัดการภาวะซีด; นักเรียนระดับประถมศึกษา

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

^a Corresponding author : นักสววรรณ ชนะพาล Email : Wnapassawan@yahoo.com

รับบทความ: 15 พ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 1 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 1 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 22 มิ.ย. 65

Operational Model for Management of Anemia in Primary Students, Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province

Naphatsawan Chanapal, MD^{*a}

Abstract

The objectives of this research and development project were to 1) examine situations and problems in the management of anemia in primary students, 2) develop an operational model and 3) measure the results of the developed model. The study was consisted of 2 parts: qualitative and quantitative studies. In the qualitative study, 46 key informants were selected to provide information regarding the issues. In the quantitative study, thirty pairs of samples (primary students and their parents) were randomly selected through a multistage sampling techniques from the population of students with iron deficiency anemia. The sample size determined using G*Power version 3.1.9.4. Research instruments were consisted of 1) interview questions on situations and problems in the management of anemia in primary students, 2) a questionnaire for the development of the operational model, 3) a questionnaire to evaluate the appropriateness and satisfactions of the developed model, and 4) students' hematocrit record form. Quantitative data were analyzed using percentages, means, standard deviations and dependent t-tests. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that there were 51.22 percent of primary students in Kaeng Khro district received screening. Within this group, there were 39.60 percent were found having anemia and 22.94 percent received treatments. The existing measures were not fully coverage among students and the measures were not clear. The developed model were consisted of 4 steps: 1) planning, 2) screenings according to the guidelines, 3) trainings, and 4) health promotion. The developed model was appropriate for use at a very high level

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province

^a Corresponding author : Naphatsawan Chanapal Email : Wnaphassawan@yahoo.com

Received: May 15, 22; Revised: Jun. 1, 22; Accepted: Jun. 1, 22; Published Online: Jun 22, 22

($\bar{X} \pm SD = 4.52 \pm 0.22$). Before the implementation of the model, students' average hematocrit was at 31.67 percent while after the implementation the hematocrit significantly increased by 3.08 percent to 34.75 percent with significance level of 0.05 ($p = 0.01$). Parents' food care behaviors before using the model were at a moderate level ($\bar{X} \pm SD = 3.09 \pm 0.37$) while after the program, their behaviors significantly improved to a very high level ($\bar{X} \pm SD = 4.53 \pm 0.16$) with significance level of 0.05 ($p\text{-value} = 0.03$). The samples reported having a high level of satisfaction using the model ($\bar{X} \pm SD = 4.05 \pm 0.32$).

Keywords : Anemia management; Primary students

บทนำ

ภาวะซีดหรือภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่เลือดมีระดับเม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ต่ำกว่าปกติ เป็นปัญหาทางโลหิตวิทยาที่พบได้บ่อยที่สุด ภาวะซีดเกิดได้จากหลายสาเหตุ ในวัยเด็กสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คือสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้ร่างกายมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดง เป็นภาวะทุพโภชนาการที่พบได้บ่อยที่สุด ประชากรโลกประมาณ 2 พันล้านคน มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ผู้หญิงวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ที่มีประจำเดือน โดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียน⁽¹⁻³⁾

การเกิดภาวะซีดหรือโลหิตจางในเด็กส่งผลต่อการพัฒนาทางด้านการเจริญเติบโต สติปัญญา และพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว บางส่วนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ นอกจากนี้ยังเกิดภาวะการเจ็บป่วยบ่อย เกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย เชื่องซึม เฉื่อยชา อ่อนเพลียง่าย เนื่องจากหน้าที่สำคัญของเม็ดเลือดแดง คือการขนส่งและปล่อยปริมาณออกซิเจนที่เพียงพอแก่เนื้อเยื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน (Metabolism) ที่เหมาะสม ภาวะซีดจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลกเป็นอย่างมาก⁽⁴⁾

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1993-2005 พบว่า ประชากร 1.62 พันล้านคน มีภาวะซีด คิดเป็นร้อยละ 24.80 ของประชากรทั่วโลก โดยพบความชุกสูงสุดในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุแรกเกิดถึง 4.99 ปี) จำนวน 293.10 ล้านคน หรือร้อยละ 47.4 ของประชากรโลก ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบภาวะซีดในกลุ่มเด็กสูงถึง 115.30 ล้านคน หรือร้อยละ 65.50 และจากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 กองโภชนาการ กรมอนามัย พบความชุกภาวะซีดในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ร้อยละ 25.90 อายุ 6-8 ปี ร้อยละ 46.70 อายุ 9-11 ปี ร้อยละ 25.40 อายุ 12-14 ปี ร้อยละ 15.70 และจากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กของไทย

พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENUTS) พบความชุกภาวะซีดสูงในเขตชนบท ร้อยละ 41.70 และในเขตเมือง ร้อยละ 26 ในภาพรวม สถานการณ์ปัญหาภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยเรียนในประเทศไทยยังไม่มีแนวโน้มลดลง การป้องกันการขาดธาตุเหล็กจึงมีความสำคัญต่อปัญหาภาวะซีดในเด็กไทย⁽⁴⁻⁵⁾

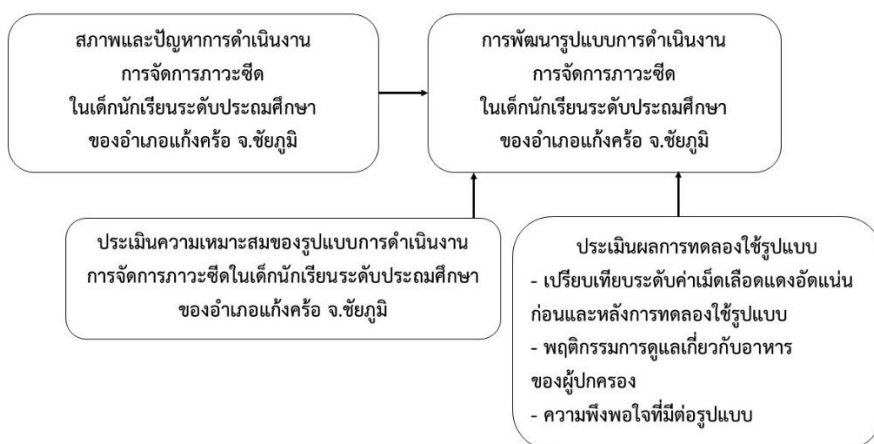
การเฝ้าระวังภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซีด ร้อยละ 30.30 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 20 ของประชากรเด็กวัยเรียนในระดับประถมศึกษา และได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 38.21 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่าต้องได้รับการรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กอย่างเร่งด่วน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 50 ของนักเรียนที่มีภาวะซีด ในส่วนของการเฝ้าระวังภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ของเขตสุขภาพที่ 9 (ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์) พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซีดของเด็กวัยเรียนในระดับประถมศึกษาถึง ร้อยละ 39.60 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย อีกทั้งนักเรียนที่มีภาวะซีดได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 22.94 เท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้มาก⁽⁶⁾ จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 9 ที่มีสถานการณ์ของภาวะซีดในลักษณะดังกล่าว โรงพยาบาลแก้งคร้อ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ที่รับผิดชอบในเครือข่ายพื้นที่ 10 ตำบล และมีสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 15 แห่ง ที่ดำเนินการในการควบคุม ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย ได้ตระหนักถึงปัญหาภาวะซีดในนักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จึงมีความสนใจในการแก้ปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียน ด้วยการศึกษาด้าน สภาพปัญหา ความรุนแรงของภาวะซีด ที่นำไปสู่การสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา และศึกษาผลการใช้รูปแบบที่สร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อนำไปใช้แก้ไขปัญหาภาวะซีดในนักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ผลการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการดำเนินงานจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาได้อย่างเหมาะสม นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีเจริญเติบโตทางด้านร่างกายสติปัญญา และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย รวมถึงทำให้เด็กที่มีความผิดปกติของพัฒนาการที่เป็นผลมาจากภาวะซีดให้กลับมาเป็นปกติ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและเป็นกำลังหลักในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในด้านค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) พฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารของผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบของผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซีด ที่เป็นภาวะการลดลงของปริมาณเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือด (Red cell mass) หรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin concentration) ต่ำกว่าค่าปกติ เกิน 2 Standard Deviation ของคนทั่วไป ทำให้ไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดง โดยค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่น มีค่าเท่ากับ ค่าร้อยละของฮีโมโกลบิน คูณ 3⁽⁶⁻⁸⁾ นำมาสังเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ และแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข ที่เป็นโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ระบบงานและกลไกของรูปแบบ วิธีการดำเนินงาน แนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน เงื่อนไขการนำไปใช้⁽⁹⁾ สร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ที่ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method research) ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามวิธีการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) สำหรับการศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงาน การจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดชัยภูมิ ด้วยการรวบรวมความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ที่เจาะจงเลือก (Purposive sampling) จากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นแพทย์จากโรงพยาบาลกำแพงแก้ว 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) 15 คน พยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. 15 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 15 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 46 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย การดำเนินงานของหน่วยงานและเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย

2. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) สำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ก่อนการนำไปใช้จริง และศึกษาผลการใช้รูปแบบ

ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เก็บข้อมูลด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่ได้จากการเจาะจงเลือกผู้ทรงคุณวุฒิด้านรูปแบบ 2 คน ด้านการสาธารณสุข 2 คน ด้านการพยาบาล 1 คน ด้านการแพทย์ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 5 คน ที่ไม่อยู่ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการสร้างและพัฒนาโปรแกรม รวมทั้งสิ้นจำนวน 21 คน

สำหรับการศึกษาผลการใช้รูปแบบ ดำเนินการด้วยการวิจัยก่อนทดลอง (Pre-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ประชากรเป็นเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีอายุระหว่าง 6 ปี ถึง 12 ปี ที่ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนนักเรียนในอำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเสนอแนะของ Cohen ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน เนื่องจากการดำเนินการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกระบวนการวิจัยต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ซึ่งมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวจากการวิจัยสูง

ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในการวิจัยนี้ดำเนินการเป็นรายคู่ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีดและผู้ปกครอง จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด 30 คน และผู้ปกครอง 30 คน รวมเป็น 60 คน สุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากจากพื้นที่ 10 ตำบล ของอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ สุ่มได้ตำบลช่องสามหมอ จากนั้นจับฉลากจาก 8 โรงเรียน ของตำบลช่องสามหมอ จับฉลากได้โรงเรียนเทศบาลแก่งคร้อ เป็นพื้นที่ดำเนินการทดลองตามกิจกรรมของรูปแบบ แล้วสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ด้วยการจับฉลากจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองอีก 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน

เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างสู่กระบวนการวิจัย (Inclusion sampling criteria) มีดังนี้

1. เด็กนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 6 ปี ถึง 12 ปี มีคุณสมบัติดังนี้
 - 1.1 ผ่านการคัดกรองผู้มีภาวะซีดตามกระบวนการจัดการภาวะซีด
 - 1.2 มีผลระดับค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ต่ำกว่าร้อยละ 31.50
 - 1.3 ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้
 - 1.4 สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้
2. ผู้ปกครองเด็กนักเรียน มีคุณสมบัติดังนี้
 - 2.1 มีอายุระหว่าง 20–59 ปี จำนวน 1 คน โดยเป็นผู้ปรุงอาหารให้เด็กรับประทานในแต่ละวัน

อย่างต่อเนื่อง

- 2.2 อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารด้วยการพูดและการฟังภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้
- 2.3 ไม่มีปัญหาด้านความจำหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่างจากกระบวนการวิจัย (Exclusion criteria) ทั้งของเด็กนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 6 ปี ถึง 12 ปี และผู้ปกครอง มีดังนี้

1. สามารถเข้ากิจกรรมตามรูปแบบได้ต่อเนื่องตลอด 4 สัปดาห์
2. เนื่องจากการดำเนินการวิจัยนี้ดำเนินการในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) หากมีการติดเชื้อจะถูกคัดออกจากกระบวนการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของรูปแบบโดยดำเนินการต่อเนื่อง 4 สัปดาห์

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับการศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา สร้างและกำหนดรูปแบบของคำถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ สำหรับการสัมภาษณ์ในด้าน 1) สภาพพื้นที่ 2) สถานการณ์ของภาวะซีด

ในนักเรียน 3) กรอบนโยบายการดำเนินงาน 4) วิธีการดำเนินงาน การคัดกรอง 5) บุคลากร 6) งบประมาณ และ 7) สิ่งสนับสนุน องค์ความรู้ และเทคโนโลยี

2. แบบสัมภาษณ์สำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา สร้างและกำหนดรูปแบบของคำถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ สำหรับการสัมภาษณ์ในด้าน 1) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 2) ระบบงานและกลไก 3) วิธีการดำเนินงาน 4) แนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน และ 5) เงื่อนไขการนำไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์โดยตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้โดยการสัมภาษณ์คนที่มีความสัมพันธ์เหมือนผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 1 คน ที่อยู่ในพื้นที่นอกพื้นที่วิจัย จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับอีกครั้งเพื่อใช้จริงต่อไป

3. แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารของผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด ใน 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

5. แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เหมาะสมมากที่สุด (5 คะแนน) เหมาะสมมาก (4 คะแนน) เหมาะสมปานกลาง (3 คะแนน) เหมาะสมน้อย (2 คะแนน) เหมาะสมน้อยที่สุด (1 คะแนน) สร้างและกำหนดรูปแบบของคำถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้างด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) ที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายข้อจำนวน 5 คน และค่าความเชื่อมั่นผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม รายข้ออยู่ระหว่าง 0.62-0.80 ทั้งฉบับของแบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารของผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด และแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบ มีค่าเท่ากับ 0.77, 0.76 และ 0.72 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ที่ระดับ 0.72 0.74 และ 0.71 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ปกครองนักเรียนในตำบลท่าวาสุกรี อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและพื้นที่ ใกล้เคียงกัน นำผลการทดลองใช้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74, 0.72 และ 0.71 ตามลำดับ พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 3 ฉบับ มีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ โดยให้ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 แปลความหมายเป็นระดับมากที่สุด 3.51-4.50 เป็นระดับมาก 2.51-3.50 เป็นระดับปานกลาง 1.51-2.50 เป็นระดับน้อย และ 1.00-1.50 เป็นระดับน้อยที่สุด

6. แบบบันทึกระดับค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในกลุ่มตัวอย่าง สร้างและกำหนดรูปแบบแบบบันทึกจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย รายการบันทึกประกอบด้วย 1) ชื่อโรงเรียน 2) วันที่บันทึก 3) ลำดับที่ 4) ชื่อ-นามสกุล 5) ที่อยู่ 6) อายุ 7) ระดับชั้นเรียน 8) ผลตรวจระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ และ 9) ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ด้วยการสัมภาษณ์โดยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าและให้ประเด็นคำถามก่อนการสัมภาษณ์ 1 สัปดาห์ เมื่อเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำเสนอผลการศึกษาให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญอีกครั้งหนึ่งพร้อมประเด็นคำถามสำหรับการสร้างและพัฒนาแบบที่ผ่านการนัดหมายล่วงหน้าเช่นเดียวกัน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างและพัฒนาแบบ เมื่อได้รูปแบบแล้วส่งรูปแบบให้ผู้ประเมินที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมแบบสอบถามเพื่อการประเมินความเหมาะสมของแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมแล้ว นำไปทดลองใช้เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบ โดยวัดค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่น พฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารของผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด และความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบของผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ จากนั้นวิเคราะห์ สรุปและนำเสนอผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสถิติอ้างอิง วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยข้อมูลการวิจัยก่อนทดลอง (Pre-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pre- and post-test design) ที่ศึกษานี้มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, p-value>0.05)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 07/2565 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. สภาพพื้นที่ อำเภอกำแพงศรีเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ อยู่ด้านทิศเหนือ แบ่งพื้นที่ส่วนที่เป็นพื้นราบและส่วนที่เป็นพื้นที่ภูเขาบนเทือกเขาภูแล่นคา มีเขตปกครอง 10 ตำบล 126 หมู่บ้าน 12 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง รพ.สต. 15 แห่ง โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 7 แห่ง โรงเรียนระดับประถมศึกษา 69 แห่ง มีเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 10,296 คน ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะซีด 5,274 คน (ร้อยละ 51.22) มีนักเรียนที่มีภาวะซีด 2,089 คน (ร้อยละ 39.60) ซีด ได้รับการรักษา 480 คน (ร้อยละ 22.94) ด้านกรอบนโยบายเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลกำแพงศรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำแพงศรี และรพ.สต. โดยมีบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 75 คน ปฏิบัติงานในพื้นที่ มีเป้าหมายลดภาวะซีดในนักเรียนให้ต่ำกว่าร้อยละ 20 และได้รับการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของนักเรียนที่มีภาวะซีด

กระบวนการตรวจคัดกรองในส่วนของนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเพียงการตรวจคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น จะไม่มีการตรวจระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ทำให้ผลการตรวจคัดกรองไม่สามารถวินิจฉัยได้ครอบคลุมนักเรียนทั้งหมด แต่ในส่วนของนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลกำแพงศรี จะมีการคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงร่วมกับการตรวจระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นด้วย อีกทั้งเมื่อพบนักเรียนที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซีด จะไม่ได้รับการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้กับผู้ปกครองในการปรุงอาหารที่มีปริมาณธาตุเหล็กเพียงพอร่วมกับการให้ยาเม็ดธาตุเหล็ก พบปัญหาการดำเนินงานในด้านการสนับสนุนบุคลากรในการดำเนินงานในพื้นที่เครื่องปั้นฮีมาโตคริต และยาเม็ดธาตุเหล็กที่ไม่เพียงพอ ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน

2. รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอกำแพงศรี จังหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์ของรูปแบบเพื่อ ค้นหา ควบคุม ป้องกัน และรักษาภาวะซีดในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยมีระบบงานและกลไกของรูปแบบเป็นระบบการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกภายใต้งานอนามัยโรงเรียน ของการดำเนินงานสาธารณสุขของรพ.สต. และของหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลชุมชน วิธีการดำเนินงานของรูปแบบ มี 4 ขั้นตอน ตามลำดับดังนี้ 1) วางแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างรพ.สต. และโรงเรียน ทรัพยากร ทีม กำหนดวันเวลาสถานที่ 2) ตรวจคัดกรองและรักษานักเรียนที่มีภาวะซีดตามแนวปฏิบัติในการตรวจคัดกรองภาวะซีดของรูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้ 2.1) ตรวจร่างกายตามปัจจัยเสี่ยง (เลือกตาล่าง ลิ้น ผม เล็บ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อ่อนเพลียพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่กินผักหรือเนื้อสัตว์ นักเรียนหญิงมีประจำเดือน) 2.2) ตรวจระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (ค่าปกติ 34 เปอร์เซนต์) 2.3) ให้ยาเม็ดธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 เม็ด ตลอดปีการศึกษา ในนักเรียนที่มีภาวะเลือดปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิต 2.4) ให้ยาเม็ดธาตุเหล็กวันละ 1 เม็ด นาน 30 วัน ในนักเรียน

ที่พบภาวะซีด 2.5) ตรวจระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นซ้ำในกลุ่มที่พบภาวะซีดหลังการรักษาแล้ว 1 เดือน หากพบระดับตรวจเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 วินิจฉัยว่าเป็นภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ให้ยาเม็ดธาตุเหล็กวันละ 1 เม็ดต่อไปอีก 60 วัน หลังจากนั้นให้ยาเม็ดธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 เม็ด ตลอดปีการศึกษา 2.6) หากพบระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นไม่เพิ่มขึ้น วินิจฉัยว่าเป็นภาวะซีดธาลัสซีเมีย หรือสาเหตุอื่น งดให้ยาเม็ดธาตุเหล็กนำเข้าสู่ระบบการรักษาในโรงพยาบาล 3) อบรมให้ความรู้ ด้านโภชนาการ การประกอบอาหาร และการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนแก่ผู้ปกครอง ครู และนักเรียน โดยจัดทำเป็นโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะซีด 4) การส่งเสริม สุขภาพการป้องกันภาวะซีดในระยะยาว และตรวจคัดกรองซ้ำ

การประเมินผลการดำเนินงาน โดยประเมินความครอบคลุมตามเป้าหมายของกรอบนโยบาย และเงื่อนไขการนำไปใช้ รูปแบบนี้อาศัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง ครู และนักเรียน ที่ต้องประสานการดำเนินงานร่วมกัน และการสนับสนุนทรัพยากรจากโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่าย การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบรูปแบบนี้มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} \pm SD = 52 \pm 0.22$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีด ในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ก่อนนำไปใช้จริง (n=21)

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X} \pm SD$	ระดับความเหมาะสม
1. ความเหมาะสมกับพื้นที่ดำเนินงาน	4.52±0.23	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	4.51±0.20	มากที่สุด
3. ความเหมาะสมของโครงสร้างของรูปแบบ	4.54±0.21	มากที่สุด
4. ความเหมาะสมของเป้าหมายของรูปแบบ	4.55±0.20	มากที่สุด
5. ความเหมาะสมของขั้นตอนของรูปแบบ	4.50±0.22	มากที่สุด
6. ความเหมาะสมของกิจกรรมของรูปแบบ	4.52±0.23	มากที่สุด
7. ความเหมาะสมของการประเมินผลของรูปแบบ	4.54±0.29	มากที่สุด
8. ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติในการคัดกรอง	4.54±0.21	มากที่สุด
9. ความเป็นไปได้ที่นำไปสู่ปฏิบัติจริง	4.52±0.19	มากที่สุด
10. ภาพรวมของกระบวนการ ขั้นตอน และกิจกรรมของรูปแบบ	4.50±0.23	มากที่สุด
ภาพรวม	4.52±0.22	มากที่สุด

3. ผลการใช้อารมณ์แบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีดจำนวน 30 คน มีค่าร้อยละของเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเฉลี่ยก่อนการใช้อารมณ์แบบที่ร้อยละ 31.67 ($\bar{X} \pm SD = 31.67 \pm 0.66$) และหลังการใช้อารมณ์แบบมีค่าร้อยละของเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเฉลี่ยที่ร้อยละ 34.75 ($\bar{X} \pm SD = 34.75 \pm 0.49$) โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าร้อยละของเม็ดเลือดแดงอัดแน่นที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.08 ($\bar{X} \pm SD = 3.08 \pm 0.37$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้อารมณ์แบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.01$) (ตารางที่ 2) ก่อนการใช้อารมณ์แบบผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีดมีระดับพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm SD = 3.09 \pm 0.37$) และหลังการใช้อารมณ์แบบมีระดับพฤติกรรมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} \pm SD = 4.53 \pm 0.16$) (ตารางที่ 3) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้อารมณ์แบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.03$) (ตารางที่ 4) และหลังการใช้อารมณ์แบบผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีดมีความพึงพอใจต่อการใช้อารมณ์แบบในระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.05 \pm 0.32$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด ก่อนและหลังการใช้อารมณ์แบบ (n=30)

ค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่น	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	$\overline{sd}$	df	t	p-value (1-tailed)
ก่อนทดลองใช้อารมณ์แบบ	31.67	0.66	3.08	0.37	29	8.32	0.01*
หลังทดลองใช้อารมณ์แบบ	34.75	0.49					

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($t_{(29,0.05)} = 1.69$)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารของผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด ก่อนและหลังการใช้อารมณ์แบบ (n=30)

พฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหาร	ก่อนทดลองใช้อารมณ์แบบ		หลังทดลองใช้อารมณ์แบบ	
	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. ด้านการเลือกอาหาร	3.43 $\pm$ 0.73	ปานกลาง	4.52 $\pm$ 0.24	ดีมาก
2. ด้านการปรุงและตำรับอาหาร	3.47 $\pm$ 0.61	ปานกลาง	4.54 $\pm$ 0.18	ดีมาก
3. ด้านการควบคุมกำกับการรับประทานอาหาร	3.43 $\pm$ 0.83	ปานกลาง	4.53 $\pm$ 0.12	ดีมาก
4. ด้านการให้อาหารเสริมจากมื้อหลัก	2.04 $\pm$ 0.89	น้อย	4.51 $\pm$ 0.11	ดีมาก
เฉลี่ยรวม	3.09 $\pm$ 0.77	ปานกลาง	4.53 $\pm$ 0.16	ดีมาก

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารของผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=30)

พฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหาร	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	$\overline{sd}$	df	t	p-value (1-tailed)
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	3.09	0.37	1.44	0.61	29	2.36	0.03*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.53	0.16					

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($t_{(29,0.05)}=1.69$)

สรุปและอภิปรายผล

1. อำเภอแก่งคร้อมีนักเรียนระดับประถมศึกษา 10,296 คน จากโรงเรียน 69 แห่ง มีผลการตรวจคัดกรองภาวะซีดเพียง 5,274 คน (ร้อยละ 51.22) มีนักเรียนที่มีภาวะซีด 2,089 คน (ร้อยละ 39.60) ได้รับการรักษา 480 คน (ร้อยละ 22.94) ด้านกรอบนโยบายเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลแก่งคร้อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งคร้อ และรพ.สต. โดยมีบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 75 คน ปฏิบัติงานในพื้นที่ มีเป้าหมายลดภาวะซีดในนักเรียนให้ต่ำกว่าร้อยละ 20 และได้รับการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของนักเรียนที่มีภาวะซีด ซึ่งการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการตรวจคัดกรองในส่วนมีเพียงการตรวจคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงเท่านั้นเนื่องจากไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และทรัพยากรไม่เพียงพอ เนื่องจากเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ โควิด-19 ทำให้การดำเนินงานคัดกรองภาวะซีดในนักเรียนไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขที่วางไว้ อีกทั้งบุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งจะถูกระดมมุ่งไปสู่การควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 เป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผลการดำเนินงานต่ำมาก รวมถึงโรงเรียนมีการหยุดเรียนตามมาตรการภาครัฐ ในภาวะวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินการคัดกรองได้ ในการดำเนินการคัดกรองจึงเป็นการคัดกรองร่วมกับการเยี่ยมบ้านร่วมกับกิจกรรมของงานด้านอื่น ทำให้ผลการดำเนินงานคัดกรองต่ำกว่าเป้าหมายมาก ในด้านการคัดกรองสถานบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชนจะไม่คล่องตัวในการนำอุปกรณ์การวัดระดับเม็ดเลือดแดงอัดแน่นไปใช้ในพื้นที่ซึ่งบางแห่งเป็นพื้นที่ชนบทห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก จึงต้องดำเนินการเพียงการตรวจคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น อย่างไรก็ตามจากผลการตรวจคัดกรองจะพบมีนักเรียนมีภาวะซีดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้มาก เช่นเดียวกับการศึกษาภาวะซีดในประชากรกลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี⁽¹⁰⁾ และเด็กอายุ 9-12 เดือน⁽¹¹⁾

2. รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา มีวัตถุประสงค์ของรูปแบบเพื่อค้นหา ควบคุม ป้องกัน และรักษาภาวะซีดในนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยมีระบบงาน

และกลไกของรูปแบบเป็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกภายใต้งานอนามัยโรงเรียน วิธีการดำเนินงานของรูปแบบมี 4 ขั้นตอน คือ 1) วางแผนการดำเนินงาน 2) ตรวจสอบคัดกรองและรักษานักเรียนที่มีภาวะซีดตามแนวปฏิบัติ 3) อบรมให้ความรู้ด้านโภชนาการ การประกอบอาหาร และการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียน แก่ผู้ปกครอง ครู และนักเรียน และ 4) การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซีดในระยะยาว และตรวจสอบคัดกรองซ้ำ มีการประเมินผลการดำเนินงาน และกำหนดเงื่อนไขการนำไปใช้ที่อาศัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง ครู และนักเรียน และการสนับสนุนทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ พบว่ารูปแบบนี้มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ผลการวิจัยนี้ทำให้สถานบริการสาธารณสุขในอำเภอแก่งศรีภูมิ จังหวัดชัยภูมิ มีแบบแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน มีมาตรฐานตามหลักวิชาการ ผู้ปกครองเด็กนักเรียนมีความเข้าใจในการดูแลภาวะซีดของบุตรหลานได้ถูกต้องทำให้เด็กได้รับการดูแลด้านอาหารและสามารถรักษาให้หายจากภาวะซีดได้⁽¹²⁾

3. ผลการใช้รูปแบบการดำเนินการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่าหลังการใช้รูปแบบนักเรียนมีค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.08 จากร้อยละ 31.67 เป็นร้อยละ 34.75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งก่อนการใช้รูปแบบผู้ปกครองเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีดมีระดับพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารในระดับปานกลาง และหลังการใช้รูปแบบมีระดับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการใช้รูปแบบผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมาก อันเป็นผลมาจากการดำเนินการตามขั้นตอนและกิจกรรมของรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับกับบริบทของพื้นที่ ที่สำคัญการวัดระดับค่าเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเป็นตัวบ่งชี้ว่ารูปแบบนี้สามารถนำมาใช้ในการดำเนินการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอแก่งศรีภูมิได้อย่างดี ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจในการดูแลเกี่ยวกับอาหารสำหรับเด็กนักเรียนที่มีภาวะซีดที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเกี่ยวกับอาหารให้สามารถแก้ไขปัญหาภาวะซีดได้อย่างเหมาะสม⁽¹²⁾ ภายใต้ข้อจำกัดของวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะ

1. ในการตรวจคัดกรองภาวะซีดในเด็กนักเรียน ควรคำนึงถึงประเด็นภาวะซีดจากโรคพยาธิปากขอ ด้วยเพราะเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญเช่นเดียวกับภาวะเลือดจางจากโรคธาลัสซีเมีย ควรให้ยาเสริมธาตุเหล็กควบคู่กับยาฆ่าพยาธิด้วย
2. ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เรื่องสารอาหารที่ยับยั้งและขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็กที่ไม่ใช่ฮีโม (Non-heme iron) แก่ผู้ปกครองนักเรียนด้วย เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับธาตุเหล็กจากอาหารได้เต็มที่ อันมีผลต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางสมอง และสติปัญญา

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญชัย ไตรวารี. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก, บทบรรณาธิการ. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2562;29(1):5-7.
2. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, Peña-Rosas JP, Bhutta ZA, Ezzati M; Nutrition Impact Model Study Group (Anaemia). Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. Lancet Glob Health. 2013 Jul;1(1):e16-25. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9. Epub 2013 Jun 25. PMID: 25103581; PMCID: PMC4547326.
3. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. Public Health Nutr. 2009 Apr;12(4):444-54. doi: 10.1017/S1368980008002401. Epub 2008 May 23. PMID: 18498676.
4. อัญชลี ภูมิจันทิก ชัชฎา ประจตุทะเก, ประดับ ศรีหมื่นไวย. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2562;13(31):178-90.
5. WHO/UNICEF. Focusing on Anemia: Towards an Integrated Approach for Effective Anemia Control. New York: World Health Organization; 2004.
6. สำนักโภชนาการ. รายงานประจำปี สำนักโภชนาการ 2564. นนทบุรี: กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
7. วิพร วิประกิต. แนวทางในการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในเด็ก (Approach to Childhood Anemia). วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2557;24(4):395-405.
8. ผกาทิพย์ ศิลปมงคลกุล. การวินิจฉัยภาวะซีดในเด็ก. ธรรมชาติเวชสาร. 2556;13(2):253-61.
9. พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, ปณิธาน กระสังข์. แนวคิดการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2560;6(2):128-35.

10. พัสดราภรณ์ แก้วพะวงค์, เกียรติกำจร กุศล, จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(5):75-80.
11. วศินี ตีตะปัญ. ความชุกของภาวะโลหิตจางและผลการรักษาด้วยการให้ธาตุเหล็กทดแทนในเด็กอายุ 9-12 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2564;13(2):103-22.
12. ศรีเกษ ธัญญาวินิชกุล, ทิวาพร ผลวัฒน์. การพัฒนารูปแบบบริการป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมลพบุรี 2561;8(1):9-23.

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

นิภาวรรณ ตติยนันทพร, พ.บ.^a

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ และ 2) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด การวิจัยเชิงคุณภาพใช้เทคนิคเดลฟาย โดยเจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้นำชุมชน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด จำนวน 27 คน การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบอ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการเดลฟายครั้งที่หนึ่ง 2) แบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการเดลฟายครั้งที่สอง 3) แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และ 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเสพติด ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทีแบบไม่อิสระ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการรักษายาเสพติด 4) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 5) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา ก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม; ครอบครัวและชุมชน; การป้องกันและบำบัดยาเสพติด

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

^a Corresponding author : นิภาวรรณ ตติยนันทพร Email : nipawunt@gmail.com

รับบทความ: 19 พ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 1 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 1 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 มิ.ย. 65

Family and Community Involvement in Drug Prevention and Treatment, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province

Nipawun Tatiyanuntaporn, MD^{*a}

Abstract

This research and development aimed to: 1) develop drug prevention and treatment model in Khon Sawan district, Chaiyaphum province with family and community participations and 2) examine the results after using the model. The study was consisted of two parts: qualitative and quantitative studies. In qualitative part, data were collected from 27 key informants who were community leaders, chief executives of subdistrict administrative organizations, secondary school principals, hospital administrators at district and subdistrict (tambon health promoting hospitals) levels, and representatives from families affected by drug issues. In quantitative part, thirty representatives from families affected by drug problems attended the developed program. samples were determined using G*Power Version 3.1.9.4 and were selected through multi- stage random sampling. Research instruments were consisted of 1) open-ended questions for developing the model according to the first Delphi process, 2) questionnaire for developing the model according to second Delphi process, 3) assessment of the suitability of the developed model, and 4) questionnaire for participation in drug prevention and treatment. The qualitative data were analyzed using content analysis, while the quantitative data were analyzed using percentages, means, standard deviations and t-test for dependent samples.

The results showed that the developed model for drug prevention and treatment of of Khon Sawan district, Chaiyaphum province with family community participations were consisted of 5 steps: 1) involving families and communities, 2) planning, 3) implementing the treatments for drug addict, 4) monitoring and evaluation, and 5) extensive follow-ups after the

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Khon Sawan Hospital, Chaiyaphum Province

^a Corresponding author : Nipawun Tatiyanuntaporn Email : nipawunt@gmail.com

Received: May 19, 22; Revised: Jun. 1, 22; Accepted: Jun. 1, 22; Published Online: Jun 26, 22

treatments. It was also found that, before using the model, family and community involvements in drug prevention and treatment were at a low level ($\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) while after using the model, their involvements significantly improved to a high level ($\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) at significant level of 0.05.

Keywords : Involvement; Family and community Drug prevention and treatment

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก สถานการณ์จากรายงานของ World Drug Report 2021 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.50 ของประชากรโลก โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 299 ล้านคน สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยก็ยังไม่ลดระดับความรุนแรงลง อันเป็นผลมาจากการขยายตัวของการผลิตยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำในช่วงหลายปีที่ผ่านมา กลุ่มขบวนการค้ายาเสพติดยังมีการลักลอบนำยาเสพติดจำนวนมากเข้ามายังประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการจับกุมยาเสพติดได้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ (ยาบ้าและยาไอซ์)⁽¹⁾

การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยมีแนวโน้มที่แพร่ระบาดมากขึ้นตามการขับเคลื่อนของอุปทานของการผลิตยาเสพติดนอกประเทศ จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ และด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดที่ทำให้ยาเสพติดมีราคาที่ถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดในประเทศ ผู้เสพรายใหม่จะเข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น อีกทั้งมีการแสวงประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในการค้ายาเสพติด การติดต่อสื่อสาร การเงิน และการขนส่ง ส่งผลให้ผู้เสพยาเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้นด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร การค้ายาเสพติดในปัจจุบัน นอกจากการค้ายาเสพติดแบบทั่วไปแล้ว ยังพบว่ากลุ่มผู้ค้ายาเสพติดใช้ช่องทางออนไลน์ควบคู่กับการส่งยาเสพติดทางพัสดุไปรษณีย์ในการกระจายยาเสพติดไปสู่กลุ่มผู้เสพยามากขึ้น เช่น Line Twitter Facebook Instagram ฯลฯ โดยเฉพาะช่องทาง Twitter เป็นช่องทางที่ได้รับความนิยมสูงสุดในการซื้อขาย ที่เด็กและเยาวชนใช้ในการซื้อขายยาเสพติดเกือบทุกชนิดอย่างแพร่หลาย มีช่องทางการส่งยาเสพติดให้เลือกที่หลากหลาย เช่น นักร้อง ส่งผ่านไปรษณีย์ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เป็นธุรกิจโลจิสติกส์ ทำให้การขนส่งมีความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น⁽²⁾ ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย (ปีงบประมาณ

พ.ศ. 2563 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 212,646 ราย) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 18.24) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 17.01) กลุ่มอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 15.29) และกลุ่มอายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 13.78) ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ (ร้อยละ 63.61) รองลงมาคือ ผู้ติด (ร้อยละ 31.99) และผู้ใช้ (ร้อยละ 4.40) ผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ ถึงร้อยละ 70.34 ไม่นับรวมผู้เสพจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัว ส่งผลต่อ อากาทางจิตเวชจากยาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น⁽¹⁻²⁾

รัฐบาลได้ยกปัญหาเสพติดให้เป็นวาระแห่งชาติมียุทธศาสตร์ดำเนินงาน ทั้งเชิงป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติด โดยดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวทาง UNGASS 2016 คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วม โดยถือว่า “ผู้เสคือ ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” โดยรัฐบาลได้มีนโยบายให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ติดยาเสพติด โดยมีการใช้กระบวนการชุมชนเป็นฐาน ในการค้นหา ชักชวน และร่วมดูแลช่วยเหลือผู้เข้ายาเสพติด ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และบริบทของพื้นที่ที่เหมาะสม ประกอบกับสถานการณ์ปัญหา การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในทุกกระบวนการ ทำให้การบำบัดฟื้นฟูบางกิจกรรมไม่สามารถดำเนินการ ได้ จำเป็นจะต้องปรับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูให้เหมาะสม สอดรับกับสถานการณ์ ในการขับเคลื่อนการแก้ไข ปัญหาเสพติดในชุมชน⁽³⁻⁴⁾

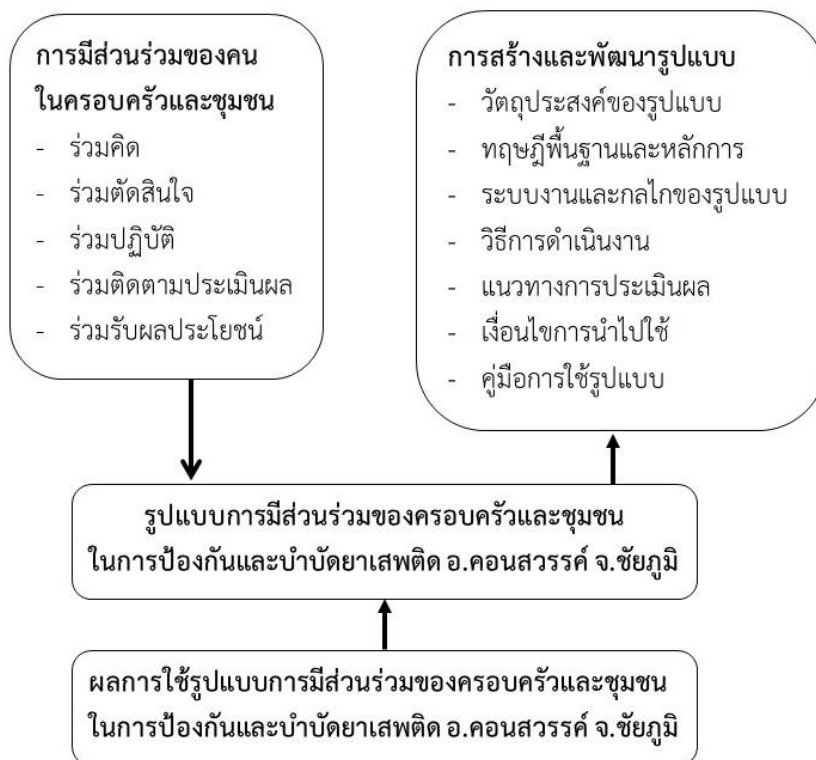
จังหวัดชัยภูมิ ประสบกับปัญหาการระบาดของยาเสพติด พื้นที่ที่มีปัญหาการค้าและแพร่ระบาดของ ยาเสพติดมากที่สุด 3 ลำดับ คือ อำเภอเมืองชัยภูมิ อำเภอกอนสวรรค์ และอำเภอจัตุรัส โดยเฉพาะพื้นที่ อำเภอกอนสวรรค์เป็นทั้งพื้นที่พักยาและจุดนัดหมายในการส่งยา ด้วยมีสภาพพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ยากต่อการจับกุม อันเป็นปัจจัยสำคัญที่เสริมให้เกิดการแพร่ระบาดของยาเสพติดมากขึ้น อีกทั้งสถานการณ์ผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดชัยภูมียังมีการใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่ และการกลับไปเสพยาซ้ำของผู้ที่ผ่านกระบวนการ บำบัดเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ จึงทำให้ผู้วิจัยร่วมกับชุมชนมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและรักษาเสพติด อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในดำเนินงาน ให้เป็นไปตามเป้าหมาย ที่เชื่อมโยงมิติทางด้านผู้ป่วยยาเสพติด ครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดและคนในชุมชน ให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น สามารถป้องกันและรักษาเสพติด อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษายาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด⁽⁵⁾ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน⁽⁶⁾ ที่เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคล ชุมชน หรือองค์การ ในการดำเนินกิจกรรมในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมติดตามและประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ และแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข⁽⁷⁾ นำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มีขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ส่งแบบสอบถามปลายเปิดให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญทางไปรษณีย์เพื่อสอบถามความคิดเห็นเมื่อได้รับการตอบกลับมาครบแล้วรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปประเด็น วิเคราะห์เพื่อนำไปประกอบการจัดทำแบบสอบถามของกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 ส่งแบบสอบถามสำหรับการเดลฟาย ครั้งที่ 2 ให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิม พร้อมผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นในภาพรวมและผลสรุปเฉพาะบุคคลของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลในครั้งที่ 1 เมื่อได้รับการตอบกลับมาครบแล้ว วิเคราะห์และสรุปข้อมูลภาพรวมของความคิดเห็น และผลสรุปเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลของแบบสอบถาม ครั้งที่ 2 เพื่อใช้ประกอบการตอบแบบสอบถามในกระบวนการครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 ส่งแบบสอบถามสำหรับการเดลฟาย ครั้งที่ 3 ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มเดิม พร้อมผลการวิเคราะห์และสรุปประเด็นในภาพรวม และผลสรุปเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละบุคคลของแบบสอบถามครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการตอบกลับมาของแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ทำการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล หากผลสรุปข้อมูลยังไม่คงที่ที่เป็นฉันทามติ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญแสดงความคิดเห็นยังไม่สอดคล้องกันถึงร้อยละ 70 และความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่าร้อยละ 15 จะทำการเก็บข้อมูลอีกครั้งหรือ จนกว่าผู้ให้ข้อมูลนั้นแสดงความคิดเห็นสอดคล้องกันถึงร้อยละ 70 และความคงที่ของคำตอบจากระดับฉันทามติที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงน้อยกว่าร้อยละ 15 แล้ว จึงนำข้อสรุปที่ได้ไปรวมประเด็นกับแนวคิดหลักการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสพิติติ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามวิธีการวิจัย ดังนี้

การวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสพิติติ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการเจาะจงเลือก (Purposive sampling) จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้นำชุมชน ที่เป็นกำนันของ 9 ตำบลในอำเภอกอนสวรรค์ จำนวน 9 คน 2) กลุ่มนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทั้ง 10 แห่ง จำนวน 10 คน 3) กลุ่มผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา ทั้ง 4 แห่ง จำนวน 4 คน 4) กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 10 แห่ง จำนวน 10 คน และ 5) กลุ่มตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดจาก 9 ตำบลๆ ละ 3 คน รวม 27 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเหล่านี้ ต้องเป็นผู้ที่

ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างและพัฒนาแบบ มีข้อมูลเพียงพอที่จะแลกเปลี่ยน มีแรงจูงใจ ที่อยากเข้าร่วมในกระบวนการ และมีความสนใจในผลที่ได้จากการสรุปความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องที่ไม่สามารถ หาได้จากที่อื่น โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามตามกระบวนการเดลฟาย

การวิจัยเชิงปริมาณ สำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนการนำไปใช้จริง และศึกษา ผลการใช้รูปแบบ ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เก็บข้อมูลด้วยการสอบถามความคิดเห็นของ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่ได้จากการเจาะจงเลือกผู้ทรงคุณวุฒิด้านรูปแบบ 2 คน ผู้นำชุมชนหรือนายกองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 5 คน และตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด 5 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน

การศึกษาผลการใช้รูปแบบผู้วิจัยได้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ด้วยการจับฉลากจากพื้นที่ 9 ตำบล ของอำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ สุ่มได้ตำบลคอนสาร เป็นพื้นที่ดำเนินการศึกษาผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่ได้จากการการจับฉลาก กำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 และกำหนด ขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเสนอแนะของ Cohen⁽⁸⁾ ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 คน แต่เนื่องจากวิจัยนี้เป็นประเด็นอ่อนไหว โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัว ออกจากการวิจัยมีสูง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน เก็บข้อมูล ด้วยการสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษายาเสพติด

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) เป็นตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ในพื้นที่อำเภอคอนสาร มีอายุไม่เกิน 60 ปี
- 2) ไม่มีความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็นหรือการสื่อความหมาย
- 3) ถูกเจาะจงเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากกระบวนการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ได้รับการเจาะจงเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัยแต่ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ
- 2) ป่วยกะทันหันหรือมีเหตุจำเป็นฉุกเฉิน

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการสร้างและพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันและรักษายาเสพติด ตามกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 1 จำนวน 7 ข้อ ในประเด็น วัตถุประสงค์ ของรูปแบบ หลักการของรูปแบบ ระบบงานและกลไกของรูปแบบ วิธีการดำเนินงาน แนวทางการประเมินผล เงื่อนไขการนำไปใช้ และคู่มือการใช้รูปแบบ

แบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันและรักษาเยสพิติ ตามกระบวนการเดลฟาย ครั้งที่ 2 และ 3 จำนวน 20 ข้อ

แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเยสพิติ จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามปลายเปิดได้ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้โดยการสัมภาษณ์คนที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 1 คน ที่อยู่ในพื้นที่อื่น นอกพื้นที่วิจัย จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับอีกครั้งเพื่อใช้จริงต่อไป

สำหรับแบบสอบถามสำหรับการสร้างและพัฒนารูปแบบ การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและรักษาเยสพิติ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด=5 มาก=4 ปานกลาง=3 น้อย=2 และ น้อยที่สุด=1 สร้างและกำหนดรูปแบบ ของคำถามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of congruence) ที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นรายข้อจำนวน 5 คน และค่าความเชื่อมั่น ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อระหว่าง 0.60-0.80 ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับ 0.72, 0.71 และ 0.73 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.70, 0.74 และ 0.72 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธี ของครอนบาค โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนชนในตำบลช่องสามหมอ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและพื้นที่ ใกล้เคียงกัน นำผลการทดลองใช้มาหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงที่สามารถนำไปใช้ได้ ได้ค่า ความเที่ยงเท่ากับ 0.70, 0.72 และ 0.71 พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพรายข้อด้วยค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีการ หาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ผลการทดสอบพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีเกณฑ์ในการ แปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ โดยให้ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 แปลความหมายเป็น ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 คะแนนเป็นระดับมาก 2.51-3.50 คะแนนเป็นระดับปานกลาง 1.51-2.50 คะแนน เป็นระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนนเป็นระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสถิติอ้างอิง วิเคราะห์ด้วย ค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05 โดยข้อมูลการวิจัย มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, p-value=0.08)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 8/2565 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. การดำเนินงานป้องกันและรักษาเยสพติด ของอำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นการดำเนินงานภายใต้การกำหนดแนวทางและสั่งการจากภาครัฐ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตำรวจ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด) ให้ผู้นำชุมชนคัดกรองส่งเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่กำหนดไว้ ซึ่งไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน ครอบครัวและชุมชนขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากเป็นประเด็นที่อ่อนไหวทำให้ผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวไม่ได้รับการยอมรับในชุมชนและขาดที่พึ่งในการให้คำปรึกษาเชิงลึก อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่ นำไปสู่การสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสพติด อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ที่มีองค์ประกอบดังนี้

1.1 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันและรักษาเยสพติด มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และเกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในการป้องกันและรักษาเยสพติด

1.2 หลักการของรูปแบบ ดำเนินงานภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และเครือข่ายการดำเนินงาน

1.3 ระบบและกลไกการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วย

1.3.1 ระบบการป้องกันการติดยาเสพติด เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและส่งเสริมนิเวศสังคมชุมชนและครอบครัวแบบมีส่วนร่วม

1.3.2 ระบบการรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นระบบการรักษาโดยครอบครัวและชุมชนบำบัดแบบมีส่วนร่วม ด้วยการสมัครใจบำบัด พื้นฟู และติดตาม

1.3.3 กลไกการดำเนินงานของรูปแบบ ประกอบด้วยคณะกรรมการป้องกันและรักษาเยสพติดชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วนในสัดส่วนที่เน้นครอบครัวและองค์กรชุมชนเป็นหลัก ประกอบด้วยผู้นำชุมชน ตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ตัวแทนผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้ว ตัวแทนภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน ในจำนวนที่เหมาะสมกับขนาดของชุมชน

ขั้นตอนของรูปแบบ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการร่วมคิด: ดำเนินการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่มีกิจกรรมในการทำความเข้าใจปัญหา กำหนดวิธีการแก้ปัญหาและกิจกรรมในการป้องกันและรักษาเยสพิตแบบใหม่ที่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง คัดเลือกคณะกรรมการระดับชุมชนเพื่อเป็นองค์กรในการบริหารจัดการ ประสานงาน กำกับ การดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิธีการแก้ปัญหา ทั้งนี้ต้องสมัครใจและเสียสละเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการร่วมตัดสินใจในการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของวิธีการแก้ปัญหาในการป้องกันและรักษาเยสพิตด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ได้แนวปฏิบัติในการดำเนินงาน คณะกรรมการร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขเชิงชุมชน และคัดกรองผู้ติดยาเยสพิตและครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและรักษาเยสพิต

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการรักษาเยสพิต โดยใช้กระบวนการร่วมปฏิบัติที่เริ่มด้วยการจัดให้ความรู้ ความเข้าใจในการบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหาเยสพิต โครงสร้างของคณะกรรมการป้องกันและรักษาเยสพิตของชุมชนเพื่อการเข้าถึงกระบวนการรักษาและการให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจงแต่ละครอบครัวและบุคคล ปรับทัศนคติของครัวเรือนและชุมชน ผ่านทางโครงการอบรมให้ความรู้ การบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหาเยสพิตระดับครอบครัวและชุมชน จากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการรักษาตามแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ โดยแทรกแซงชีวิตประจำวันให้น้อยที่สุดจนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและหยุดใช้ยาได้ในที่สุด

ขั้นตอนที่ 4 ร่วมติดตามและประเมินผล โดยผู้ติดยาเยสพิตและครอบครัวร่วมติดตามและประเมินผลการรักษาของเพื่อครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจเสริมพลังซึ่งกันและกันในเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและครอบครัว รวมถึงเสริมพลังการมีส่วนร่วมและร่วมประเมินความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อการกิจกรรมป้องกันและรักษาเยสพิต เสนอประเด็นเพิ่มเติมแก้ไขข้อบกพร่องและเสริมจุดแข็งของกระบวนการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัยให้โอกาส ให้ความรักและดูแล รวมถึงคณะกรรมการ ครอบครัว และชุมชนร่วมติดตาม ดูแลช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษา และให้โอกาสทางสังคมแก่ผู้ผ่านการรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ได้ผ่านการรักษาต้องการ รวมถึงประคับประคองให้ปลอดภัยจากปัญหาเยสพิตในอนาคตทั้งของผู้รักษาและบุคคลในครอบครัวที่อยู่ใน ช่วงวัยที่อ่อนไหวต่อการติดยาเยสพิต

1.4 การประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินผลจากจำนวนครอบครัวและผู้เสพยาเสพติดที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันและรักษา ยาเสพติดของรูปแบบและผู้ติดยาที่ผ่านการบำบัด จำนวนครอบครัวที่หยุดเข้าร่วมกิจกรรมกลางคืน จำนวน ผู้เสพหน้าใหม่ ความคิดเห็นของครอบครัวและผู้เสพยาเสพติดที่มีต่อกิจกรรมดำเนินการ ความพึงพอใจ ที่มีต่อกิจกรรมตามรูปแบบ ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้เสพยาเสพติด และองค์กรชุมชน

1.5 เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ คณะกรรมการที่มีความสมัครใจและเสียสละเวลา ในการดำเนินงานมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการดำเนินงานที่นำมาซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัวและผู้ติดยาเสพติด นำไปสู่การเห็นความสำคัญของการป้องกันและรักษา ยาเสพติดเพื่อคุณภาพชีวิต ที่ดีของประชาชน

1.6 คู่มือการใช้รูปแบบ ประกอบด้วยรายละเอียดของวัตถุประสงค์ หลักการ ระบบกลไก การดำเนินงานที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่อธิบายให้เข้าใจได้ง่ายทั้ง 5 ขั้นตอน และการประเมินผล การดำเนินงานของรูปแบบ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างสัมฤทธิ์ผล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} \pm S.D. = 4.51 \pm 0.27$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การประเมินความเหมาะสมของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการ ป้องกันและรักษา ยาเสพติด อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (n=17)

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X} \pm S.D$	ระดับความเหมาะสม
1. ความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่	4.51±0.33	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมกับการดำเนินงาน	4.52±0.25	มากที่สุด
3. โครงสร้างรูปแบบ	4.53±0.22	มากที่สุด
4. เป้าหมายรูปแบบ	4.52±0.23	มากที่สุด
5. ขั้นตอนของรูปแบบ	4.50±0.20	มาก
6. กิจกรรมของรูปแบบ	4.52±0.21	มากที่สุด
7. การประเมินผลของรูปแบบ	4.51±0.29	มากที่สุด
8. เงื่อนไขการนำไปใช้	4.52±0.24	มากที่สุด
9. คู่มือการใช้รูปแบบ	4.50±0.31	มาก
10. ภาพรวมของรูปแบบ	4.51±0.43	มากที่สุด
ภาพรวม	4.51±0.27	มากที่สุด

2. ผลการเข้าร่วมแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเยาเสพติด อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเยาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการเข้าร่วมแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) (ตารางที่ 2) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.01$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเยาเสพติด ก่อนและหลังการเข้าร่วมแบบ (n=30)

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันและบำบัดเยาเสพติด	ก่อนทดลองใช้รูปแบบ		หลังทดลองใช้รูปแบบ	
	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. ด้านการร่วมคิด	2.42±0.65	น้อย	4.07±0.24	มาก
2. ด้านการร่วมตัดสินใจ	2.48±0.72	น้อย	4.11±0.35	มาก
3. ด้านการร่วมปฏิบัติ	2.45±0.31	น้อย	4.62±0.34	มากที่สุด
4. ด้านการร่วมติดตามและประเมินผล	2.01±0.33	น้อย	4.15±0.38	มาก
5. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์	2.54±0.42	ปานกลาง	4.21±0.35	มาก
เฉลี่ยรวม	2.38±0.49	น้อย	4.23±0.33	มาก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเยาเสพติด ก่อนและหลังการเข้าร่วมแบบ (n=30)

ระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันและรักษาเยาเสพติด	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	$\bar{sd}$	df	t	p-value (1-tailed)
ก่อนทดลองใช้รูปแบบ	2.38	0.49	2.15	0.16	29	13.44	0.01*
หลังทดลองใช้รูปแบบ	4.23	0.33					

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($t_{(29,0.05)} = 1.69$)

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสพิตติ อ้าเอกอนสวรร์ค จ้งหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี ต่อการป้องกันและรักษาเยสพิตติ มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และเกิดภาคีเครือข่ายการ ดำเนินงาน ภายใต้หลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและเครือข่าย ด้วยระบบกลไกการสร้างภูมิคุ้มกัน และส่งเสริมเนิสศังคมชุมชนและครอบครัวแบบมีส่วนร่วมในรักษาโดยใช้ครอบครัวและชุมชนในการบำบัด แบบมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจบำบัด พันฟู และติดตาม ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการป้องกัน และรักษาเยสพิตติชุมชนที่คัดเลือกจากทุกภาคส่วน มีขั้นตอนของรูปแบบ 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมี ส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการร่วมคิด 2) วางแผนการดำเนินงานด้วยการร่วมตัดสินใจของครอบครัว และชุมชนที่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพและสอดคล้องกับชุมชนที่ง่ายต่อการเข้าถึง 3) ปฏิบัติการรักษา ผู้ติดยาเยสพิตติตามแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นตามสิทธิที่จะเปิดเผยตัวตนหรือไม่เปิดเผยตัวตนก็ได้ 4) ร่วมติดตาม และประเมินผล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจเสริมพลังซึ่งกันและกันในเครือข่ายผู้เข้าร่วมรักษาและ ครอบครัว แก่ไขข้อบกพร่องและเสริมจุดแข็งของกระบวนการเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน ให้ดียิ่งขึ้น 5) ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยใช้กระบวนการร่วมรับผลประโยชน์ ด้วยการให้อภัย ให้โอกาส ให้ความรักและดูแล ในการการประเมินผลการดำเนินงาน ประเมินจากจำนวนครอบครัวและผู้เยสพิตติ ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ผ่านการบำบัด จำนวนครอบครัวที่หยุดเข้าร่วมกิจกรรมกลางครั้น จำนวนผู้เยสพิตติ หนาใหม่ ความคิดเห็นต่อกิจกรรมดำเนินการ ความพึงพอใจกิจกรรมตามรูปแบบ ระดับการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและผู้เยสพิตติ และองค์กรชุมชน ภายใต้เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จจากคณะกรรมการ ที่สมัครใจและเสียสละเวลาในการดำเนินงาน โดยมีคู่มือการใช้รูปแบบที่มีรายละเอียดของรูปแบบที่ชัดเจน ที่เข้าใจได้ง่าย รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษาเยสพิตติ อ้าเอกอนสวรร์ค จ้งหวัดชัยภูมิ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบ การบำบัดรักษาพันฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เยสพิตติ ระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี⁽⁹⁾ ที่มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดรูปแบบ 2) หลักการรูปแบบ 3) เป้าหมาย รูปแบบ 4) กระบวนการรูปแบบ และ 5) การประเมินผลรูปแบบนี้มีความเหมาะสมในระดับมาก โดยรูปแบบนี้ ใช้หลักการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเช่นเดียวกันหากแต่อยู่ในรูปของพลังภาคีเครือข่าย ซึ่งรายละเอียด ขององค์ประกอบมีความแตกต่างกันบ้างตามบริบทของพื้นที่ที่ใช้ในการสร้างและพัฒนา รูปแบบ อีกทั้งแตกต่างจาก รูปแบบการป้องกันการใช้สารเยสพิตติของวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในเขตสุขภาพที่ 8⁽¹⁰⁾ ที่มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) วางแผนกิจกรรม ตามแนวคิดของ McKinsey's 2) ชุดกิจกรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม และ 3) ภาคีเครือข่าย รูปแบบนี้มีความเหมาะสมในระดับสูง

เน้นการดำเนินการในการป้องกันการใช้อาสาเสพติดแบบกลุ่ม อีกทั้งแตกต่างจากข้อค้นพบจากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนมัธยมจังหวัดชัยภูมิ¹¹ ที่พบว่า องค์ประกอบรูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนมัธยมจังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) กิจกรรม 2) การวางแผน 3) การสร้างเครือข่าย 4) การเสริมสร้างแหล่ง เป็นรูปแบบที่มีความถูกต้องครอบคลุม เหมาะสม เป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ ซึ่งรูปแบบนี้เป็นศึกษาร่วมของผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอนและคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเท่านั้น

2. ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและรักษาเสพติดในระดับน้อย ($\bar{X} \pm SD = 3.38 \pm 0.49$) หลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.23 \pm 0.33$) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากรูปแบบนี้ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงานจึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการและสามารถแสดงออกในการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษา ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่ที่สามจังหวัดชายแดนใต้⁽¹²⁾ หลังการปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน¹³ ที่ศึกษาในด้านการมีส่วนร่วมที่ส่งผลให้ภายหลังการได้รับโปรแกรม เยาวชนมีการพัฒนาทักษะชีวิต และความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเป็นการศึกษาผลกระทบอีกด้านหนึ่งของการมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน

1. การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเป็นประเด็นที่อ่อนไหวที่สุดเสี่ยงที่จะเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งส่วนบุคคลและส่วนรวม คณะทำงานจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนในการคุ้มครองป้องกันผู้ปฏิบัติงานและคณะทำงานไว้ล่วงหน้าให้มีความพร้อมเพื่อความมั่นใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน

2. ควรส่งเสริมทักษะการทำงานเป็นทีมให้กับผู้ปฏิบัติงานและคณะทำงานเพื่อการดำเนินงานที่สอดคล้องกับกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและรักษาเยสเพติคของชุมชนและครอบครัวที่นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกันทั้งจังหวัด
2. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและรักษาเยสเพติคของชุมชนและครอบครัวที่สามารถพยากรณ์ถึงความยั่งยืนของการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่การควบคุมหรือส่งเสริมปัจจัยที่ค้นพบให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. สถิติจำนวนและร้อยละของคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 10] เข้าถึงได้จาก: http://www.2djop.moj.go.th/media/k2/attachments/back_officnd.
2. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ. Best Practice ประจำปี 2564 การจัดทำแผนที่สถานการณ์ยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ; 2564.
3. คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 3/2561 เรื่อง แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 10] เข้าถึงได้จาก: [www.nccd.go.th/upload/news/2\(29\)](http://www.nccd.go.th/upload/news/2(29)).
4. มานพ คณะโต. โครงการศึกษาสถานการณ์และการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
5. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพฯ: ส่วนวิจัยและพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2552.
6. สมบัติ นามบุรี. ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์. วารสารวิจัยวิชาการ 2562;2(1):183-197.
7. พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, ปณิธาน กระสังข์. แนวคิดการสร้างและพัฒนาแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ 2560;6(2):128-35.
8. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

9. ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. รูปแบบการบำบัดรักษาฟันผุด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพลัทธิเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติดระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2565;2(1):49-68.
10. อณัญญา ขุนศรี, พรสุข หุ่นรินันตร์. รูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 8. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564;6(11):82-98.
11. สาธนี เปรมปรีดี, อาริวรรณ เอี่ยมสะอาด, กฤษดา ผ่องพิทยา. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดของผู้บริหารสถานศึกษาในโรงเรียนมัธยมจังหวัดชัยภูมิ. วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;14(1):53-64.
12. พาตีเมาะ นิมา, ลุณพี หะยีหมัด, รอซีดี เลิศอริยะพงษ์กุล. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการเสพยาเสพติดของเยาวชนในชุมชนพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 2565;28(1):127-42.
13. นฤมล มีนา, วีระพร ศุทธากรณ์. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเด็กและเยาวชนที่ได้รับการติดตามโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. พยาบาลสาร. 2561;45(2):88-98.

บทความวิชาการ การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) : แนวทางการให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อโควิด-19

สุปิยา วิริไฟ^{*a}, พิมพ์ดา ลัดดางาม^{*}

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้น จำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม การแยกกักตัวที่บ้าน จึงถูกนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรงโดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลและติดตามอาการ บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ที่จะดูแลและให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อในช่วงที่มีการกักตัวที่บ้าน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างแยกกักตัวที่บ้าน แนวทางการให้คำแนะนำประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญคือ การให้ข้อมูลการดำเนินการของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางการแพทย์ต่อผู้ยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและประเมินอาการผิดปกติ และการจำหน่ายผู้ติดเชื้อจากระบบการกักตัว บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้การให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อเพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ขณะกักตัวที่บ้าน

คำสำคัญ : การแยกกักตัวที่บ้าน; โรคโควิด-19; ผู้ติดเชื้อ

^{*} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author : สุปิยา วิริไฟ Email: supiya@smnc.ac.th

รับบทความ: 17 พ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 1 มิ.ย. 65; ตอรับตีพิมพ์: 1 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 มิ.ย. 65

Review Article

Home Isolation: Guidance for Patients with COVID-19 Infection

Supiya wirifai^{*a}, Pimlada Luddangam^{*}

Abstract

The situation of COVID-19 pandemic increases the number of patients with COVID-19 infection. The increase in the number of patients has overwhelmed many hospitals which have reached full capacity. Home isolation is introduced for asymptomatic or mildly symptomatic patients where patients can receive appropriate treatments from health care providers while being isolated at home. Health care providers play a key role in caring and advising infected patients during home quarantine. This article aims to present the guidance for giving advice to infected patients during home isolation. The guidance is consisted of three important steps: providing information at hospitals or medical service providers to confirmed cases of COVID-19, giving advices on health behaviors and assessing abnormal symptoms, and discharging infected people from the quarantine system once they are all recovered and infection-free. Health care providers can benefit from the guidance for caring and advising patients with COVID-19 and use as a guideline to ensure safety for those infected with COVID-19 during home isolation.

Keywords : Home isolation; COVID-19, Infected person

^{*} Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

^a Corresponding author : Supiya Wirifai E-mail : supiya@smnc.ac.th

Received: May 17, 22; Revised: Jun. 1, 22; Accepted: Jun. 1, 22; Published Online: Jun. 26, 22

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามเพื่อควบคุมโรคไม่ให้เชื้อแพร่ระบาดต่อไปยังบุคคลอื่น และผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามขั้นตอน อย่างไรก็ตามการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อต่อวันเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อจำนวนเตียงในโรงพยาบาล ผู้ติดเชื้อบางรายต้องรอเตียงไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล และสามารถไปพักฟื้นที่บ้านได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการนำแนวคิดเรื่องการแยกกักตัวที่บ้านหรือ Home Isolation มาใช้กับผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรืออยู่ในระดับสีเขียวให้สามารถดูแลรักษาตัวเองได้อย่างถูกต้อง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังครอบครัวและชุมชนได้⁽¹⁾

การดูแลผู้ป่วยเมื่อตรวจพบเชื้อโควิด-19 โดยแยกกักตัวที่บ้านมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดความแออัดของผู้ติดเชื้อในสถานพยาบาล รวมทั้งผู้ติดเชื้อสามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้โดยการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์พื้นฐาน มีการติดตามดูแล เฝ้าระวังอาการผู้ติดเชื้อจากบุคลากรทางการแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์ และการให้การบริการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์⁽¹⁾ และการศึกษาของ Bhardwaj และคณะ⁽²⁾ พบว่าการแยกกักตัวที่บ้านมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ มีการสนับสนุนทั้งทางร่างกายและจิตใจจากครอบครัว การลดการใช้ทรัพยากรจากการทำงานที่บ้าน ลดโอกาสของการติดเชื้อข้ามสายพันธุ์ของผู้ป่วย และยังช่วยลดโอกาสการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการศึกษากายภาพทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของ Ju และคณะ⁽³⁾ ยังพบว่าการแยกกักตัวที่บ้านจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ถึงอย่างใดก็ตามมีการศึกษาที่ขัดแย้งกัน ซึ่งพบว่าการแยกกักตัวส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จากความรู้สึกโดดเดี่ยว เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายน้อยลง การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์^(4,5) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการวางแผนและการเตรียมความพร้อมทั้งด้านอัตรากำลัง ความรู้ของบุคลากร สถานที่และอุปกรณ์ความร่วมมือกันจากสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่แยกกักตัวที่บ้านสามารถเข้าถึงบริการการดูแลและการรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ตรวจพบเชื้อโควิด-19 ได้แยกกักตัวที่บ้าน และได้เข้าร่วมกลุ่มติดตามอาการและประเมินอาการผู้ติดเชื้อผ่านทางระบบออนไลน์ผ่านช่องทาง Line application พบประเด็นข้อสงสัยและข้อซักถาม ต่างๆจากผู้ติดเชื้อใน 3 ประเด็นหลักคือ ประเด็นแรกพบเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพขณะแยกกักตัวที่บ้าน ได้แก่ การปฏิบัติตัวเพื่อดูแล

สุขภาพตนเอง การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส การประเมินความรุนแรงของโรค เป็นต้น ประเด็นที่สองที่พบเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์ขณะกักตัว และการประเมินความรุนแรงของโรคจากค่าที่วัดได้จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประเด็นที่สามเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารในการรายงานอาการในแต่ละวันกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประเด็นปัญหาเหล่านี้เป็นความท้าทายของบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่จะวางแผนการให้คำแนะนำ แก่ผู้ติดเชื้อ ตั้งแต่ขั้นตอนการดำเนินการกักตัวอยู่ที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมขณะกักตัว และออกจาก การกักตัว เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจในการปฏิบัติตัว และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีเหมาะสมส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อตรวจพบ เชื้อโควิด-19 ระหว่างแยกกักตัวที่บ้าน

เนื้อหา

การแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) เป็นการแยกกักตัวของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่อยู่ในระยะ ที่แพร่เชื้อได้ที่บ้าน ผ่านระบบการติดตามดูแลอาการ ในผู้ติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรงหรืออยู่โรงพยาบาลมาแล้ว อย่างน้อย 7 วันสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านต่อโดยแพทย์ยินยอมและความสมัครใจของผู้ติดเชื้อเอง ซึ่งคุณสมบัติของผู้ป่วยที่สามารถแยกกักตัวที่บ้านตามกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เพิ่งตรวจพบเชื้อโควิด-19 แต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยหรือเรียกว่า ผู้ป่วยสีเขียว ที่มีอาการทั่วไป ดังนี้ มีไข้ อุณหภูมิตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ระดับออกซิเจนไม่ต่ำกว่า 96 เปอร์เซ็นต์ ไอ มีน้ำมูกเจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง มีผื่น ถ่ายเหลว หายใจไม่เร็ว หายใจเหนื่อย และหายใจลำบาก ไม่มีปอดอักเสบ
2. อายุไม่เกิน 70 ปี ไม่เป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง (CKD ระยะที่ 3, 4) โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ หรือโรคอื่นๆ ตามดุลยพินิจ ของแพทย์ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มจะเกิดอาการรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับเชื้อ โควิด-19 มีอาการที่รุนแรงและมีอัตราการตายมากกว่า กลุ่มวัยรุ่นและวัยกลางคน
3. พักอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่ร่วมกันไม่เกิน 1 คน ควรมีพื้นที่กว้างพอที่จะนอนห่างจากผู้อื่นกรณี มีผู้อยู่ร่วมบ้าน และต้องเปิดประตูหน้าต่างให้ระบายอากาศได้ดี
4. ต้องไม่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย>30 กก./ม.² หรือ น้ำหนักตัว >90 กก.)

แนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อตรวจพบเชื้อโควิด-19 เมื่อแยกกักตัวที่บ้าน

แนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อตรวจพบเชื้อโควิด-19 เมื่อแยกกักตัวที่บ้านในบทความนี้จะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูลการดำเนินการของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางการแพทย์ต่อผู้ยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 ขั้นตอนที่ 2 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและประเมินอาการผิดปกติ ขั้นตอนที่ 3 การจำหน่ายผู้ติดเชื้อจากระบบการกักตัว

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูลการดำเนินการของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางการแพทย์ต่อผู้ยืนยันการติดเชื้อโควิด-19

เมื่อผู้ที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 แล้ว โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบจะดำเนินการโดยติดต่อกลับผู้ติดเชื้อภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อดำเนินการตามขั้นตอน^(1,7) ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์จะประเมินอาการและอาการผู้ติดเชื้อ และที่พ้องอาศัยตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ ได้แก่ การมีห้องส่วนตัว มีผู้จัดหาอาหาร และเครื่องใช้ ผู้อยู่ร่วมปฏิบัติตามสุขอนามัยได้ และสามารถติดต่อโรงพยาบาลและเดินทางมาสะดวก
2. ลงทะเบียนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์แยกกักตัวที่บ้านในระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ
3. พิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ติดเชื้อตามดุลยพินิจของแพทย์ เช่น ยา Favipiravir พาราเซตามอล ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก เป็นต้น
4. จัดอุปกรณ์ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง สำหรับผู้ติดเชื้อ ได้แก่ พรอทวัดไข้และเครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยติดเชื้อ ติดตาม และประเมินอาการระหว่างการแยกตัวที่บ้าน โดยให้ผู้ติดเชื้อวัดอุณหภูมิ และค่าออกซิเจนในเลือดทุกวัน (Oxygen saturation) แนะนำวิธีการส่งผลการประเมินอาการของผู้ติดเชื้อผ่านทางระบบออนไลน์หรือการสื่อสารอื่นๆ เช่น Dashboard monitoring หรือ Line application จนครบกักตัว 10 วัน

ขั้นตอนที่ 2 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและประเมินอาการผิดปกติ

การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนัก เนื่องจาก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ติดเชื้อจะลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ การแพร่กระจายเชื้อโรค และผู้ติดเชื้อสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และรายงานอาการของตนเองได้ เพื่อให้เข้าถึงการดูแลได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมีดังนี้

1. การดูแลด้านการป้องกันการติดเชื้อ

การป้องกันการติดเชื้อในขณะแยกกักตัวที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และลดการเกิดการติดเชื้อของบุคคลในครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลด้านการป้องกันการติดเชื้อ^(1,7) มีดังนี้

1.1 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ต้องอาศัยในสถานที่พักอาศัยตลอดระยะเวลาที่กักตัว มีห้องนอนส่วนตัว ไม่ให้ออกจากที่พัก หากไม่สามารถแยกห้องนอนได้ ควรสร้างพื้นที่อาณาเขตของผู้ป่วย อาจจะจัดพื้นที่ให้อยู่มุมใดมุมหนึ่งของห้องให้ห่างจากคนอื่น ๆ 1-2 เมตร และต้องเปิดประตูหน้าต่างให้ระบายอากาศได้ดี

1.2 หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ

1.3 หากยังมีอาการไอจามต้องสวมหน้ากากอนามัยแม้ขณะที่อยู่ในห้องส่วนตัว โดยแนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย ไม่ให้ใช้หน้ากากผ้า หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร หากไอจามไม่ควรเข้าใกล้ผู้อื่นหรืออยู่ห่างอย่างน้อย 2 เมตร และให้หันหน้าไปยังทิศทางตรงข้ามกับตำแหน่งที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย หากไอจามขณะที่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ต้องเอามือมาปิดปาก และไม่ต้องถอดหน้ากากอนามัยออก เนื่องจากมืออาจเปื้อน

1.4 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นประจำ หรือมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะภายหลังสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ ไข ไอ จาม หรือหลังจากถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ และ ก่อนสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้อื่นในบ้าน ใช้ร่วมกัน เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได มือจับตู้เย็น ฯลฯ

1.5 ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากจำเป็นต้องใช้ห้องน้ำร่วมกัน ให้ใช้เป็นคนสุดท้าย ให้ปิดฝาชักโครก ก่อนกดน้ำ และทำความสะอาดชักโครกหรือโถส้วมด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหลังจากใช้งาน การทำความสะอาดห้องน้ำและพื้นผิว ควรทำความสะอาดโถสุขภัณฑ์หรือพื้นที่ที่อาจปนเปื้อนเสมหะ น้ำมูก อุจจาระ ปัสสาวะ หรือสารคัดหลั่งด้วยน้ำและน้ำยาฟอกผ้าขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (เช่น ไฮเตอร์, คลอโรกซ์) โดยใช้ น้ำยาฟอกขาว 1 ส่วน ต่อน้ำ 9 ส่วน หรือ 5 ฝา ต่อน้ำ 2 ลิตร

1.6 แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น จาน ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ และไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น ควรให้ผู้อื่นจัดหาอาหารมาให้แล้วแยกรับประทานคนเดียว ถ้าเป็นอาหารที่สั่งมา ไม่ควรรับอาหารจากผู้ส่งอาหารโดยตรง ควรให้ผู้ส่งอาหารวางอาหารไว้ ณ จุดที่สะดวกแล้วไปนำอาหารเข้าบ้าน

1.7 ซักเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกตามปกติ หากใช้เครื่องซักผ้า ให้ใช้ผงซักฟอก และน้ำยาปรับผ้านุ่มได้ และควรแยกซักเสื้อผ้าจากผู้อื่นที่อยู่ในบ้าน

2. อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19

ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ที่ติดเชื้อฟื้นหายจากโรคได้เร็ว ก็คือภาวะโภชนาการที่ดีและการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การบริโภคอาหารควรเป็นอาหารครบ 5 หมู่ และหลากหลาย ควรเน้นพืชผัก และผลไม้อย่างน้อย 2 ส่วน เนื้อสัตว์ 1 ส่วน และธัญพืชไม่ขัดสี 1 ส่วน และคำนึงถึงคุณภาพด้านพลังงานร่วมด้วย ซึ่งคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19^(8,9) มีดังนี้

2.1 แนะนำรับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูง อาหารที่อุดมด้วยโปรตีนมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพร่างกาย โปรตีนเป็นตัวแทนของโครงสร้างของเซลล์ในร่างกาย ระบบป้องกัน ฮอโมน และเอนไซม์ที่ควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย การขาดโปรตีนอาจทำให้การทำงานของภูมิคุ้มกันลดลง เนื่องจากการขาดกรดอะมิโนจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมของระบบภูมิคุ้มกัน⁽¹⁰⁾ ดังนั้นควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและกรดอะมิโนครบถ้วน ซึ่งสามารถได้รับจากเนื้อสัตว์ประเภทต่างๆ ไช้ นม ซีส เต้าหู้ ถั่วเหลือง ถั่วต่างๆ เมล็ดพืชต่างๆ ผลิตภัณฑ์จากพืช แม้จะมีโปรตีนสูง แต่ไม่มีกรดอะมิโนจำเป็น ควรรับประทานควบคู่ไปกับโปรตีนจากเนื้อสัตว์⁽¹¹⁾

2.2 แนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ให้มาก ผลการศึกษาพบว่าวิตามินอี วิตามินซี และเบต้าแคโรทีน เป็นสาร Antioxidant ที่พบในผักและผลไม้สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกัน โดยจะกระตุ้นการทำงานของ T-cell subsets, Lymphocyte, Interleukin-2 และส่งเสริมการทำงานของ Natural killer cell อาหารที่เป็นแหล่งวิตามินอีได้แก่ น้ำมันพืช ถั่วต่างๆ ผักขม และบรอกโคลี อาหารที่เป็นแหล่งวิตามินซีได้แก่ ฝรั่ง ส้ม มะม่วง หรือผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว อาหารที่เป็นแหล่งของเบต้าแคโรทีน ได้แก่ แครอท มันหวาน ผักใบเขียว เป็นต้น

2.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมและน้ำตาลสูง การบริโภคอาหารโซเดียมสูงมากเกินไปเป็นเวลานาน เช่น อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป ของขบเคี้ยว และอาหารแปรรูปอื่นๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และพบว่ายังเพิ่มความรุนแรงของโรคโควิด-19 อีกด้วย^(12,13) การศึกษาของ Zhang⁽¹⁴⁾ พบว่าโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของการติดเชื้อโควิด -19 ในขณะที่การควบคุมการรับประทานโซเดียมสามารถช่วยฟื้นฟูระดับโซเดียมในเลือดในผู้ป่วย และลดผลกระทบต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ WHO⁽⁹⁾ จึงแนะนำให้รับประทานเกลือเพียง 5 กรัมต่อวัน ส่วนการรับประทานน้ำตาลควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูงในช่วงกักตัว เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนม เบเกอรี่ เป็นต้น ซึ่งการศึกษาพบว่าการบริโภคน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นและขาดการออกกำลังกายขณะกักตัว มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์กับการดื้ออินซูลินและการเผาผลาญกลูโคสที่บกพร่อง⁽¹⁵⁾ WHO⁽⁹⁾ จึงได้แนะนำให้รับประทานน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน

2.4 แนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน ซึ่งน้ำจะทำหน้าที่ขนส่งสารอาหารและออกซิเจนในกระแสเลือด ขับถ่ายของเสียและควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย⁽¹²⁾ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ และชา เนื่องจากจะทำให้ขาดน้ำและส่งผลกระทบต่อการนอนหลับพักผ่อน⁽⁹⁾ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์ยังเพิ่มความเสี่ยงซึ่งอาจทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่างได้ง่าย เช่น การเกิดภาวะหายใจลำบาก และการทำงาน

ของเม็ดเลือดขาวลดลง จนอาจไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้⁽¹⁶⁾ รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ความกลัวระดับรุนแรง เพิ่มขึ้นในรายที่มีปัญหาทางจิตใจในระหว่างการกักตัว⁽¹⁷⁾

3. การดูแลด้านจิตใจและสังคม

การแยกกักตัวที่บ้านจากการเชื้อโควิด-19 นอกจากจะส่งผลต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลทางด้านจิตใจร่วมด้วย การศึกษาพบว่า ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดจากการกักตัว ได้แก่ ความวิตกกังวลและตื่นตระหนก อาการย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ อาการซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยว และความเครียดหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง^(4,5,18) การดูแลด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้กักตัวที่บ้านสามารถจัดการดูแลสุขภาพจิตตนเอง และก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤตจากไวรัสโควิด-19 ได้ ซึ่งการให้คำแนะนำในการดูแลจิตใจ กรมสุขภาพจิตได้ให้หลัก 5 ร. และ 5 ต.⁽¹⁹⁾

3.1 การดูแลจิตใจของตนเองด้วยหลัก 5 ร. มีดังนี้

- รู้อารมณ์ รู้จักหาวิธีผ่อนคลายความกังวลที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ฟังสมาธิ เป็นต้น
- รับสื่ออย่างมีสติ รับฟังข่าวอย่างมีสติ จากแหล่งที่เชื่อถือได้ ลดการดูสื่อ หรือการฟังข่าวที่ทำให้คุณรู้สึกวิตกกังวลไม่เกินวันละ 1-2 ชั่วโมง
- รักษาสุขภาพ ดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้แข็งแรง พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ปรึกษาหากกังวลใจ โทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ ตลอด 24 ชั่วโมง
- ระมัดระวังไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ควรสร้างตราบาป ไม่ล้อเลียนคนที่ป่วยเป็นโรคโควิด-19 เพราะหลังจากหายป่วยจาก โควิด-19 แล้วสามารถกลับมาทำงานและอยู่กับครอบครัวและใช้ชีวิตได้ตามปกติ

3.2 การดูแลจิตใจของตนเองด้วยหลัก 5 ต. มีดังนี้

- ติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารกับคนรักหรือครอบครัว ผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆ เช่น มือถือ หรือโซเชียลมีเดีย ที่ทำให้เราติดต่อกันได้ โดยไม่รู้สึกลดเดี่ยวหรือเผชิญปัญหาอยู่เพียงลำพัง
- ติดตามข่าวสารอย่างมีสติ การรับข่าวสารควรมาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถ้าการรับฟังข่าวทำให้วิตกกังวลมาก ควรหลีกเลี่ยงและทำกิจกรรมอื่นแทน
- ต่อต้านความเครียด การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หากิจกรรมผ่อนคลาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกาย สุขภาพใจ
- เติมเต็มความรู้ ศึกษาหาความรู้ หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องราวเชิงบวกกับผู้ป่วยโควิด-19 ที่หายดีแล้ว

- ต้องชื่นชมตนเองที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมและประเทศชาติ การที่ยอมรับตนเองว่า เป็นผู้ติดเชื้อ การแยกกักตัวอยู่ในพื้นที่จำกัด จนครบวันกักตัว ต้องให้กำลังใจและชื่นชมความสำเร็จของตนเอง ว่ามีความรับผิดชอบต่อสังคม

4. การออกกำลังกายที่เหมาะสม

การแยกกักตัวที่บ้านส่งผลให้ผู้ติดเชื้อโควิด -19 มีการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวลดลง ซึ่งการศึกษาของ Unal⁽²⁰⁾ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลจากการไม่ออกกำลังกาย และกักตัวเป็นเวลานานที่อาจจะพบได้ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อลีบ การเพิ่มของเนื้อเยื่อไขมัน และการเพิ่มของน้ำหนัก การเกิดความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายจะช่วยลดโอกาสและความรุนแรงโรคได้ การออกกำลังกายสามารถทำได้โดยการฝึกหายใจ (Diaphragmatic breathing) และการออกกำลังกายแบบเป็นลำดับขั้น (Graded exercise)⁽¹⁹⁾ ดังนี้

4.1 การฝึกหายใจ (Diaphragmatic breathing) โดยการหายใจให้ยาวลึก หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ หายใจเข้า-ออกทางจมูกช้าๆ หายใจในแบบพอดีไม่ฝืนจนเกินไป ใช้เวลาฝึกประมาณ วันละ 3-4 รอบ วิธีนี้เป็นเทคนิคการหายใจที่พบได้ในกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น โยคะ ไทเก็ก เป็นต้น

4.2 การออกกำลังกายแบบเป็นลำดับขั้น (Graded exercise) เป็นการเริ่มต้นการออกกำลังกาย ด้วยกิจกรรมที่สามารถทำได้ง่าย ๆ จากนั้นจึงค่อยเพิ่มระดับการออกกำลังกาย โดยเริ่มต้นด้วย เดินเร็ว ต่อเนื่อง 10 นาที เดินขึ้นบันได 1 รอบ และวางแผนการเพิ่มปริมาณการออกกำลังกาย หลังออกกำลังกาย ควรมีชีพจรเพิ่มขึ้น แต่ไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที

5. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส

ยาด้านไวรัสจึงเป็นยาที่มีบทบาทสำคัญต่อการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยา Favipiravir เป็นหนึ่งในยาด้านไวรัสที่ออกฤทธิ์ ยับยั้งการทำงานของ RNA-dependent RNA polymerase ของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ส่งผลให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽²¹⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันการให้ยาขณะกักตัวแพทย์จะพิจารณาตามอาการและความรุนแรงของผู้ติดเชื้อแต่ละราย ในรายที่ได้รับยา Favipiravir บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการให้ข้อมูลที่สำคัญของการใช้ยาแก่ผู้ติดเชื้อเพื่อให้ ผู้ติดเชื้อเฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังจากได้รับยา ซึ่งข้อมูลที่สำคัญได้แก่

5.1 ขนาดของยา Favipiravir จะแบ่งขนาดยาตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนี้ ผู้ป่วยที่ น้ำหนักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 กิโลกรัม กำหนดขนาดยา Loading dose คือ 3,200 มิลลิกรัมต่อวัน และ Maintenance dose คือ 1,600 มิลลิกรัมต่อวัน และผู้ป่วยน้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม กำหนดขนาดยา Loading dose คือ 4,800 มิลลิกรัมต่อวัน และ Maintenance dose คือ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน

5.2 การรับประทานยา Favipiravir สามารถรับประทานได้ทั้งก่อนอาหารและหลังอาหาร แต่เนื่องจากยามีขนาด 200 มิลลิกรัม ทำให้อาจต้องรับประทานหลายเม็ดต่อวัน อาจแบ่งรับประทาน 3-4 ครั้งต่อวัน หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังรับประทานยาไม่เกิน 30 นาที ควรรับประทานยาซ้ำอีกครั้ง

5.3 ยา Favipiravir มีข้อห้ามใช้ที่ควรระมัดระวัง^(21,22) ดังนี้

- ผู้ที่แพ้ยา Favipiravir หรือส่วนประกอบของยา
- หญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากยามีความเสี่ยงต่อความพิการของทารกในครรภ์ หญิงให้นมบุตร เนื่องจากนมแม่พบโอไลตินในรูปของ Hydroxylated ของยา Favipiravir สามารถแพร่ผ่านน้ำนมได้
- ผู้ป่วยหรือผู้มีประวัติเป็นโรคเกาต์เนื่องจากยาอาจทำให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูง และไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับผิดปกติ มีรายงานพบว่าระดับของยา Favipiravir ในเลือดเพิ่มขึ้นในรายที่ตับทำงานบกพร่อง⁽²²⁾
- อาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Favipiravir อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ระดับกรดยูริกและระดับเอนไซม์ Alanine Aminotransferase (ALT) ในเลือดสูงขึ้น ท้องเสีย จำนวน Neutrophil ลดลง และระดับเอนไซม์ Aspartate Aminotransferase (AST) สูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ส่วนอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่พบได้น้อย ได้แก่ ผื่นแดงคัน ปวดท้อง ท้องร่วง น้ำตาลในปัสสาวะ ระดับ Bilirubin ในเลือดสูงขึ้น ระดับโพแทสเซียมในเลือดลดลง อาการหอบ ปวดบริเวณคอหอย ส่วนบน จมูกอักเสบ ระดับ Creatinine Kinase ในเลือดสูงขึ้น อาการบ้านหมุน การมองเห็นผิดปกติ ตาสีม่วง และสับสน^(22,23,24)

6. การประเมินอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

ขณะแยกกักตัวที่บ้านบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำการประเมินอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาได้ทันทั่วถึง และได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาการผิดปกติที่ควรติดต่อโรงพยาบาล⁽¹⁾ มีดังนี้

- 6.1 มีไข้สูงมากกว่า 39 องศาเซลเซียส เกิดขึ้นนานกว่า 24 ชั่วโมง
- 6.2 วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วได้น้อยกว่า 94% อัตราการหายใจเร็วกว่า 25 ครั้งต่อนาที มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้
- 6.3 โรคประจำตัวที่มีการเปลี่ยนแปลงเลวลง หรือจำเป็นต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
- 6.4 ในผู้ติดเชื้อที่เป็นเด็ก หากมีอาการหายใจลำบาก ซึมลง ตื่นนอนหรือทานอาหารน้อยลง

7. การให้คำแนะนำการกำจัดขยะติดเชื้อ

จากการที่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและมีการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ส่งผลทำให้มีขยะมูลฝอยติดเชื้อที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลายหรือสารคัดหลั่งจำนวนมากขึ้นในชุมชน เช่น หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชู ภาชนะใส่อาหารแบบใช้ครั้งเดียว และชุดตรวจ Antigen Test Kit เป็นต้น ซึ่งขยะดังกล่าวต้องมีการแยกจัดการจากขยะทั่วไปในครัวเรือน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ควรแนะนำให้ผู้ติดเชื้อเตรียมอุปกรณ์เพื่อแยกจัดการขยะดังนี้ ถุงสำหรับบรรจุขยะ วัสดุสำหรับมัดปากถุงขยะ เช่น เชือก ยาง กระบอกฉีดน้ำหรือฟ็อกกี้ น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น น้ำยาฟอกผ้าขาว 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์ หรือแอลกอฮอล์ 70% เป็นต้น การจัดการขยะจะแบ่งออกเป็น 2 กรณี⁽⁷⁾ ได้แก่

7.1 กรณีในพื้นที่หรือชุมชน มีระบบการเก็บขนขยะติดเชื้อ การจัดการขยะโดยเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อเป็นประจำทุกวัน ใส่ถุงขยะแดง 2 ชั้น ถุงชั้นแรกให้มัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น แล้วฉีดพ่นด้วยสารฆ่าเชื้อบริเวณปากถุง เช่น แอลกอฮอล์ 70 % หรือน้ำยาฟอกขาว ซ้อนตัวถุงขยะอีก 1 ชั้น มัดปากถุงให้แน่นและฉีดพ่นบริเวณปากถุงด้วยสารฆ่าเชื้ออีกครั้ง นำไปไว้ยังจุดพักขยะที่จัดไว้เฉพาะ จึงประสานหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อเก็บ ขน และนำขยะติดเชื้อไปกำจัดอย่างถูกต้อง

7.2 กรณีในพื้นที่หรือชุมชน ไม่มีระบบการเก็บขนขยะติดเชื้อ การจัดการขยะโดยเก็บรวบรวมขยะติดเชื้อเป็นประจำทุกวัน ใส่ถุงขยะทั่วไป 2 ชั้น ถุงชั้นแรกที่บรรจุขยะติดเชื้อ ให้ราดด้วยสารฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำยาฟอกขาวลงในถุง เพื่อทำลายเชื้อ มัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น แล้วฉีดพ่นด้วยสารฆ่าเชื้อบริเวณปากถุง ซ้อนด้วยถุงขยะอีก 1 ชั้น มัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น และฉีดพ่นบริเวณปากถุงด้วยสารฆ่าเชื้ออีกครั้ง ให้ประสานและนำส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ เพื่อนำไปกำจัดเป็นขยะทั่วไป

ขั้นตอนที่ 3 การจำหน่ายผู้ติดเชื้อจากระบบการกักตัว

ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาจนครบระยะตามแนวทางของกรมควบคุมโรค คือให้ทำการกักตัวที่บ้านจนครบ 10 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจพบเชื้อ คำแนะนำที่เหมาะสมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย⁽¹⁾ ดังนี้

- การกักตัวตามระยะเวลาที่กำหนดถือว่าพ้นระยะแพร่เชื้อ สามารถออกไปทำงานหรือออกจากบ้านได้ ไม่จำเป็นต้องตรวจหาเชื้อซ้ำ
- สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติบนพื้นฐาน New Normal ได้แก่ สวมหน้ากากเพื่อป้องกันโรค ต้องเว้นระยะห่างสำหรับบุคคล ล้างมือบ่อยๆนาน 20 วินาที เช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์
- ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันหลังหายป่วยแล้ว ประมาณ 2-3 เดือน หลังจากนั้นภูมิจะตกลงระยะเวลา 3-6 เดือนก็ควรที่จะรับวัคซีนกระตุ้น⁽²⁵⁾

สรุป/บทวิจารณ์

การจัดบริการผู้ติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation เป็นวิธีการที่ใช้กับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล และลดโอกาสของการติดเชื้อข้ามสายพันธุ์ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการแยกกักตัวที่บ้านพบว่าส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อ บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการเข้าสู่กระบวนการกักตัวที่บ้านตั้งแต่ให้ข้อมูลการดำเนินการของสถานบริการทางการแพทย์ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวทางสุขภาพขณะกักตัว การติดตามอาการผิดปกติของผู้ติดเชื้อ และให้ข้อมูลการจำหน่ายจากการกักตัว การให้คำแนะนำที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ขณะกักตัว นอกจากนี้ผู้นิพนธ์ยังมีข้อเสนอแนะที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการกักตัวที่บ้านดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาาระบบสารสนเทศที่ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่ายในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะกักตัวที่บ้าน รวมทั้งควรแนะนำข้อมูลที่สำคัญในการใช้ระบบสารสนเทศ ได้แก่ วิธีการเข้าถึงระบบระบบสารสนเทศ วิธีการบันทึกอาการและอาการแสดงที่จำเป็น รายชื่อและช่องทางติดต่อผู้ประสานงาน ระบบการนัดพบแพทย์หากเกิดอาการผิดปกติ เป็นต้น
2. ปริมาณผู้ติดเชื้อที่กักตัวที่บ้านเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการตอบข้อสงสัยของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อล่าช้า ควรมีการวางแผนจัดอัตรากำลัง และประเมินสมรรถนะบุคลากรด้านอื่นในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ การดูแลของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ
3. จากประสบการณ์ของผู้เขียนและจากการ Review วรรณกรรมที่ผ่านมา ควรพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อเมื่อกักตัวที่บ้านแบบ Take-home message โดยเน้นประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลสุขภาพและการประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตนเอง การใช้ Mobile Medicare ติดตามอาการผู้ติดเชื้อ ช่องทางการติดต่อเมื่ออาการรุนแรงขึ้น การจัดการความเครียด และการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการรับมือกับการระบาดของ COVID-19 ที่อาจมีอีกหลายระลอกในอนาคต หรือการกักตัวกรณีโรคระบาดอื่นๆ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการ Home Isolation [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 9]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105180407PM_80%E0%B8%9B%E0%B8%B5Hometso.pdf
2. Bhardwaj P, Joshi NK, Gupta MK, Goel AD, Saurabh S, Charan J, Rajpurohit P, Ola S, Singh P, Bisht S, Bishnoi NR, Manda B, Singh K, Misra S. Analysis of Facility and Home Isolation Strategies in COVID 19 Pandemic: Evidences from Jodhpur, India. *Infect Drug Resist.* 2021 Jun 15;14:2233-2239. doi: 10.2147/IDR.S309909. Erratum in: *Infect Drug Resist.* 2021 Jul 02;14:2555. PMID: 34163188; PMCID: PMC8214523.
3. Ju Y, Chen W, Liu J, Yang A, Shu K, Zhou Y, Wang M, Huang M, Liao M, Liu J, Liu B, Zhang Y. Effects of centralized isolation vs. home isolation on psychological distress in patients with COVID-19. *J Psychosom Res.* 2021 Apr;143:110365. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110365. Epub 2021 Jan 19. PMID: 33581399; PMCID: PMC7816602.
4. Amatori S, Donati Zeppa S, Preti A, Gervasi M, Gobbi E, Ferrini F, Rocchi MBL, Baldari C, Perroni F, Piccoli G, Stocchi V, Sestili P, Sisti D. Dietary Habits and Psychological States during COVID-19 Home Isolation in Italian College Students: The Role of Physical Exercise. *Nutrients.* 2020 Nov 28;12(12):3660. doi: 10.3390/nu12123660. PMID: 33260711; PMCID: PMC7759990.
5. Hwang TJ, Rabheru K, Peisah C, Reichman W, Ikeda M. Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatr.* 2020 Oct;32(10):1217-1220. doi: 10.1017/S1041610220000988. Epub 2020 May 26. PMID: 32450943; PMCID: PMC7306546.
6. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *J Infect.* 2020 Jun;80(6):e14-e18. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.005. Epub 2020 Mar 27. PMID: 32171866; PMCID: PMC7102640.

7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 11]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.thaihealth.or.th/contact/getfile_books.php?e_id=735
8. อัจฉรา ศรีสุภกรกุล, วงศ์วิวัฒน์ ทศนียกุล. บริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด-19. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563;7(1):66-76.
9. WHO. Food and nutrition tips during self-quarantine [internet]. 2021 [cited 2022 Mar 12] Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine>
10. Hurley WL, Theil PK. Perspectives on immunoglobulins in colostrum and milk. *Nutrients*. 2011 Apr;3(4):442-74. doi: 10.3390/nu3040442. Epub 2011 Apr 14. PMID: 22254105; PMCID: PMC3257684.
11. Alagawany M, Attia YA, Farag MR, Elnesr SS, Nagadi SA, Shafi ME, Khafaga AF, Ohran H, Alaqil AA, Abd El-Hack ME. The Strategy of Boosting the Immune System Under the COVID-19 Pandemic. *Front Vet Sci*. 2021 Jan 8;7:570748. doi: 10.3389/fvets.2020.570748. PMID: 33490124; PMCID: PMC7820179.
12. Aman F, Masood S. How Nutrition can help to fight against COVID-19 Pandemic. *Pak J Med Sci*. 2020 May;36(COVID19-S4):S121-S123. doi: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2776. PMID: 32582329; PMCID: PMC7306972.
13. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. *Circulation*. 2016 Jan 12;133(2):187-225. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018585. PMID: 26746178; PMCID: PMC4814348.
14. Zhang X, Chen B, Jia P, Han J. Locked on salt? Excessive consumption of high-sodium foods during COVID-19 presents an underappreciated public health risk: a review. *Environ Chem Lett*. 2021;19(5):3583-3595. doi: 10.1007/s10311-021-01257-0. Epub 2021 Jun 1. PMID: 34093102; PMCID: PMC8167309.
15. Hostalek U. Global epidemiology of prediabetes - present and future perspectives. *Clin Diabetes Endocrinol*. 2019 May 9;5:5. doi: 10.1186/s40842-019-0080-0. PMID: 31086677; PMCID: PMC6507173.

16. Lassen MCH, Skaarup KG, Sengeløv M, Iversen K, Ulrik CS, Jensen JUS, Biering-Sørensen T. Alcohol Consumption and the Risk of Acute Respiratory Distress Syndrome in COVID-19. *Ann Am Thorac Soc*. 2021 Jun;18(6):1074-1076. doi: 10.1513/AnnalsATS.202008-988RL. PMID: 33315543; PMCID: PMC8456730.
17. Boule LA, Kovacs EJ. Alcohol, aging, and innate immunity. *Journal of Leukocyte Biology*. 2017 Jul;102(1):41-55. doi: 10.1189/jlb.4RU1016-450R.
18. Boule LA, Kovacs EJ. Alcohol, aging, and innate immunity. *J Leukoc Biol*. 2017 Jul;102(1):41-55. doi: 10.1189/jlb.4RU1016-450R. Epub 2017 May 18. PMID: 28522597; PMCID: PMC6608055.
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/318#?c=&m=&s=&cv=>
20. Unal M, Irez T. Covid-19 Disease, Self-Isolation and Physical Inactivity. *Int. J. Sports Med*. 2021;7:184. doi.org/10.23937/2469-5718/1510184.
21. พรณิ ลีลาวัฒน์ชัย และธนานันต์ ตัญฑ์ไพบูลย์. Favipiravir สำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*. 2564;31(2):141-57.
22. ยุคล จันทเลิศ. Favipiravir. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 2564;38(2):232-6.
23. Kaur RJ, Charan J, Dutta S, Sharma P, Bhardwaj P, Sharma P, Lugova H, Krishnapillai A, Islam S, Haque M, Misra S. Favipiravir Use in COVID-19: Analysis of Suspected Adverse Drug Events Reported in the WHO Database. *Infect Drug Resist*. 2020 Dec 14;13:4427-4438. doi: 10.2147/IDR.S287934. PMID: 33364790; PMCID: PMC7751706.
24. Pilkington V, Pepperrell T, Hill A. A review of the safety of favipiravir - a potential treatment in the COVID-19 pandemic? *J Virus Erad*. 2020 Apr 30;6(2):45-51. doi: 10.1016/S2055-6640(20)30016-9. PMID: 32405421; PMCID: PMC7331506.
25. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด, 2564.

ผลของยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

ศศิธร อาจกมล, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของยา Micronized Progesterone ในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ 37 และ 34 สัปดาห์ น้ำหนักตัวทารก ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนของทารกเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ยา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 46 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบเก็บข้อมูลมี 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลการคลอด ข้อมูลทารกแรกเกิด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square tests และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้ยา Micronized Progesterone มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่ 37 และ 34 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (21.7% : 50%; RR=0.43; 95% CI=0.23-0.84; p=0.021) และ (4.3% : 23.3% RR=0.19; 95% CI=0.04-0.84 ; p=0.025) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวทารกของกลุ่มที่ได้รับยามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาเล็กน้อยไม่มีนัยสำคัญ (2838 gm. : 2695 gm. : MD 143 gm; p=0.223) แต่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับยา น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญ (10.9% : 30.0% ; RR=0.36; 95% CI=0.13-0.97; p=0.035) และอัตราวันนอนโรงพยาบาลของทารกที่มากกว่าเท่ากับ 7 วัน กลุ่มที่ได้รับยาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.3% : 23.3%; RR=0.19; 95% CI=0.04-0.84: p=0.025) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การได้รับได้ยา Micronized Progesterone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีประโยชน์ในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด

คำสำคัญ Micronized Progesterone; ภาวะคลอดก่อนกำหนด

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

^a Corresponding author : ศศิธร อาจกมล Email : artkamon2809@gmail.com

รับบทความ: 23 เม.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 3 มิ.ย. 65; ดอรับตีพิมพ์: 4 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 26 มิ.ย. 65

Effects of Vaginal Micronized Progesterone for Prevention of Preterm Birth in Pregnant Women at Nongbuadaeng District, Chaiyaphum Province

Sasithon Artkamon, MD^{*a}

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to evaluate the effects of vaginal micronized progesterone in prevention of preterm birth at the 37th and 34th week of gestational age, birthweight, neonatal complications and length of stay. Study participants were 46 pregnant women who had history of spontaneous preterm birth and delivered at Nongbuadaeng Hospital between 1 January 2020 and 31 December 2021. Maternal and Newborn data were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, means and standard deviations). Comparisons between the study and control groups were tested using chi-square and t-test for independent samples.

The results showed that preterm birth rate was lower in the study group at the 37th and 34th week of gestational age as compared to those in the control group (21.7% : 50%; RR=0.43; 95% CI=0.23-0.84; p=0.021) and (4.3% : 23.3% RR=0.19; 95% CI=0.04-0.84; p=0.025). Birthweight of both groups had no significant difference (2838 gm. : 2695 gm.; MD 143 gm; p=0.223). Neonatal complications and length of stay more than 7 days were lower among the study group as compared with the control group (10.9% : 30.0%; RR=0.36; 95% CI=0.13-0.97; p=0.035) and (4.3% : 23.3%; RR=0.19; 95% CI=0.04-0.84; p=0.025). Conclusion: Vaginal Micronized Progesterone can reduce the rate of preterm birth in women who had history of spontaneous preterm birth and can reduce the rate of neonatal complications.

Keywords : Micronized Progesterone; Preterm birth

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Nongbuadaeng Hospital, Chaiyaphum Province

^a Corresponding author : Sasithon Artkamon Email : artkamon2809@gmail.com

Received: Apr. 23, 22; Revised: Jun. 3, 22; Accepted: Jun. 4, 22; Published Online: Jun. 26, 22

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข พบอุบัติการณ์เฉลี่ยทั่วโลกที่ร้อยละ 5-18 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย ในประเทศไทยพบเฉลี่ยร้อยละ 10-12 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย⁽¹⁾ โรงพยาบาลหนองบัวแดงพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด ปี 2560-2563 ร้อยละ 5.64 7.24 7.47 ตามลำดับ การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ซึ่งทำให้พบภาวะแทรกซ้อนได้สูงขึ้น เช่น ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) ภาวะลำไส้อักเสบ ติดเชื้อ (Necrotizing enterocolitis) ภาวะเลือดออกในสมอง (Intraventricular hemorrhage) และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)⁽²⁾ ซึ่งภาวะทุพพลภาพเหล่านี้ยังอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมาก การดูแลรักษาก่อนการตั้งครรภ์ และเมื่อตั้งครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดคือ มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่ผ่านมา ความยาวปากมดลูกสั้น การตั้งครรภ์แฝด มารดาอายุมาก การติดเชื้อ การสูบบุหรี่ ความผิดปกติของมดลูก การมีประวัติเคยขูดมดลูก โดยความเสี่ยงที่กล่าวมานี้ มีเพียงประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดและความยาวปากมดลูกสั้นที่มีความสำคัญที่สุดในการทำนายการคลอดก่อนกำหนด⁽³⁾ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าประเทศไทยได้มีการนำ 17-alpha Hydroxyprogesterone Caproate ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และ Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด มาใช้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนโดยไม่ทราบสาเหตุ

โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ในครรภ์ก่อนโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยการให้ยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ร่วมกับการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องจนกระทั่งคลอดตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่เคยมีการนำข้อมูลมาศึกษาแต่อย่างใด และการศึกษาในประเทศไทยยังมีน้อยแม้มีการใช้อย่างแพร่หลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนโดยไม่ทราบสาเหตุ เพื่อหวังผลในการช่วยลดภาวะคลอดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ 37 สัปดาห์ และ 34 สัปดาห์
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักตัวทารก ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนของทารก

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ ได้แก่ ร้อยละการคลอดก่อนกำหนดที่ 37 สัปดาห์ และ 34 สัปดาห์ อายุครรภ์คลอด น้ำหนักตัวทารก ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนของทารกแรกคลอด ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด กับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับยา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษา ผลของยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ 37 สัปดาห์ และ 34 สัปดาห์ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักตัวทารก ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนของทารก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึงการคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์⁽⁴⁾

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) หมายถึงการเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวลงและ/หรือการขยายตัวของปากมดลูก ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์⁽⁴⁾

Micronized progesterone หมายถึง ฮอร์โมนเพศหญิงชนิดโปรเจสเตอโรนในรูปแบบธรรมชาติ มีทั้งชนิดสอดทางช่องคลอด และแบบรับประทาน มีประโยชน์ในการช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปได้จนคลอด หากมีการลดระดับลงในกระแสเลือด จะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด⁽⁵⁾

ผลข้างเคียงของชนิดเหน็บทางช่องคลอด หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากยา ได้แก่ ปวดศีรษะ คัน แสบบริเวณช่องคลอด อาการข้างเคียงเหล่านี้พบได้น้อย⁽⁵⁾

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยผลของยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ในการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่สนใจศึกษาได้แก่ หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดโดยไม่ทราบสาเหตุ ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง

กลุ่มทดลอง ได้แก่หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดโดยไม่ทราบสาเหตุ (ต้องไม่มีสาเหตุจากโรคในมารดาหรือทารกที่จำเป็นต้องให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ ตั้งครรภ์แฝด) ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาล

หนองบัวแดง โดยได้รับยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอดเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 46 คน

กลุ่มควบคุม ได้แก่หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดโดยไม่ทราบสาเหตุ และมาคลอดอีกครั้งที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 จากการสืบค้นเวชระเบียน ได้จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่สนใจ นำมาศึกษาทั้งหมด จึงไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างและสุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้ยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 46 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาจากการสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 จำนวน 30 คน ทั้งนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่สามารถเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันได้ เนื่องจากการให้ยา Micronized progesterone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดเป็นงานเชิงนโยบายที่ต้องให้ยาทุกราย และอาจมีปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย และปัญหาฟ้องร้องตามมาในภายหลัง จึงไม่สามารถให้ยาหลอก (Placebo) แก่กลุ่มควบคุมในช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลองได้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบเก็บข้อมูล มีคำถามทั้งหมด 13 ข้อ มีทั้งคำถามชนิดปลายเปิดและชนิดเลือกตอบ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เลขที่ PID ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย (BMI) ความเข้มข้นโลหิต (Hct) อายุครรภ์ที่เริ่มให้ยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษานโยบายและแนวทางการให้ยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอดโดยคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กเขต9ได้ประชุมตกลงร่วมกัน มีมติให้ยาในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนโดยไม่ทราบสาเหตุ ความรู้ที่จำเป็นในการทำวิจัย ความรู้วิชาการเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม อาการไม่พึงประสงค์จากยา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประชุมทีมงานวิจัย เขียนโครงร่างวิจัย สร้างเครื่องมือแบบเก็บข้อมูลวิจัย นำแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

2. เก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด และมาคลอดอีกครั้งที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารก ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิด

3. ประชาสัมพันธ์โครงการศึกษาวิจัยแก่หญิงตั้งครรภ์ผู้ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน การดูแลรักษา การติดตามอาการ และอาการไม่พึงประสงค์จากยา ดำเนินการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

4. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมงานวิจัย ลงชื่อเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยจะทำการเก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการฝากครรภ์ ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว อายุครรภ์ที่เริ่มรับยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct)

5. ติดตามฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง และพบสูติแพทย์ทุกครั้ง และให้ยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด โดยให้ขนาด 200 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดสอดทางช่องคลอด ก่อนนอน โดยเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 16-36⁺6 สัปดาห์ ติดตามการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา

6. ติดตามดูแลระหว่างคลอด และหลังคลอด ทั้งมารดาและทารก พร้อมเก็บข้อมูล อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารก ภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด

7. เก็บรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มทดลองที่ได้ยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด และกลุ่มควบคุม ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ศึกษาเปรียบเทียบข้อมูล เขียนสรุปโครงการวิจัยเพื่อตีพิมพ์ และนำเสนอผลการดำเนินงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์และแท้งบุตร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด (Hct) อายุครรภ์คลอด น้ำหนักตัวทารก ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนของทารก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ร้อยละการคลอดก่อนกำหนดที่ 37 สัปดาห์ และ 34 สัปดาห์ อายุครรภ์คลอด น้ำหนักตัวทารก อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนของทารก โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การทดสอบ Chi-square tests และ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ เลขที่จริยธรรม 06/2565 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจง บอกวัตถุประสงค์กับหญิงตั้งครรภ์ ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมศึกษา ให้ทราบถึงการมีอิสระ ในการที่เข้าร่วมศึกษา และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา Micronized Progesterone จำนวน 46 คน เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับยาจำนวน 30 คน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน (27.59 ± 5.91 ปี : 27.13 ± 6.34 ปี; $p=0.751$) รวมถึงประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง การคลอดบุตร ระดับความเข้มข้นโลหิต ไม่แตกต่างกัน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา Micronized Progesterone มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($22.22 \pm 4.38 \text{ kg/m}^2$: $23.32 \pm 3.92 \text{ kg/m}^2$; $p=0.272$) โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไปของ หญิงตั้งครรภ์	ได้รับยา Progesterone (n=46)	ไม่ได้รับยา Progesterone (n=30)	p-value (t-test)
Age (ปี)	27.59 ± 5.91	27.13 ± 6.34	0.751
Gravida (ครั้ง)	2.91 ± 1.05	2.80 ± 0.81	0.618
Parity (ครั้ง)	1.54 ± 0.75	1.37 ± 0.56	0.273
Abortion (ครั้ง)	0.39 ± 0.65	0.43 ± 0.63	0.780
Live Birth (คน)	1.46 ± 0.75	1.37 ± 0.56	0.576
BMI (kg/m^2)	22.22 ± 4.38	23.32 ± 3.92	0.272
Hematocrit (%)	36.70 ± 2.65	36.33 ± 2.82	0.572

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ยา Micronized Progesterone มีอายุครรภ์คลอดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($37.54 \pm 1.79 \text{ wks.}$: $36.49 \pm 2.66 \text{ wks.}$; MD 1.05 ± 0.51 ; $p=0.043$) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวทารกกลุ่มที่ได้รับยามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา ($2838 \pm 436 \text{ gm.}$: $2695 \pm 574 \text{ gm.}$;

MD 143±116, p=0.223) และวันนอนเฉลี่ยของทารกกลุ่มที่ได้รับยา Micronized Progesterone น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาแต่ไม่มีนัยสำคัญ (3.20±5.34 วัน : 5.87±12.94 วัน; MD 2.67±2.14; p=0.215) กลุ่มทดลองที่ได้รับยา Micronized Progesterone มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่ 37 และ 34 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (21.7% : 50%; RR=0.43; 95% CI=0.23-0.84; p=0.021) และ (4.3% : 23.3%; RR=0.19; 95% CI=0.04-0.84; p=0.025) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด กลุ่มที่ได้รับยาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญ (10.9% : 30.0%; RR=0.36; 95% CI=0.13-0.97; p=0.035) และอัตราวันนอนโรงพยาบาลของทารกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน กลุ่มที่ได้รับยาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.3% : 23.3%; RR=0.19; 95% CI=0.04-0.84; p=0.025) (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย อายุครรภ์คลอด น้ำหนักตัว และจำนวนวันนอนทารกแรกเกิด

Outcome	ได้รับยา Progesterone (n=46)	ไม่ได้รับยา Progesterone (n=30)	Mean Difference	p-value (t-test)
Gestation Age of Delivery (wks.)	37.54±1.79	36.49±2.66	1.05±0.51	0.043*
Birthweight (gm.)	2838±436	2695±574	143±116	0.223
Length of stay (newborn) (days)	3.20±5.34	5.87±12.94	2.67±2.14	0.215

*ระดับนัยสำคัญ p=0.05

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบผลลัพธ์ อัตราการคลอดก่อนกำหนดที่ 37 และ 34 สัปดาห์ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด และอัตราวันนอนโรงพยาบาลของทารกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน

Outcome	Progesterone (n=46)	ไม่ได้รับยา (n=30)	RR	95%CI	p-value (X ²)
Preterm <37 wks.	10 (21.7%)	15 (50%)	0.43	0.23-0.84	0.021*
Preterm <34 wks.	2 (4.3%)	7 (23.3%)	0.19	0.04-0.84	0.025*
Neonatal complications	5 (10.9%)	9 (30%)	0.36	0.13-0.97	0.035*
Newborn length of stay ≥ 7 days	2 (4.0%)	7 (23.3%)	0.19	0.04-0.84	0.025*

*ระดับนัยสำคัญ p=0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับยา Micronized Progesterone ชนิดสอดทางช่องคลอด มีอายุครรภ์คลอดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (37.54 ± 1.79 wks. : 36.49 ± 2.66 wks.; MD 1.05 ± 0.51 ; $p=0.043$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rai et al.⁽⁶⁾ ที่พบว่า Micronized Progesterone มีผลช่วยให้อายุครรภ์คลอดเฉลี่ยมากขึ้น แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Glover⁽⁷⁾ ที่พบว่า อายุครรภ์คลอดเฉลี่ยทั้งในกลุ่มที่ได้รับยาและไม่ได้รับยาไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ซึ่งการศึกษานี้ได้เริ่มให้ยาในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 16-33 สัปดาห์และเป็นรูปแบบรับประทาน ขนาดยา 400 มก. ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัยที่เริ่มให้ยาตั้งแต่อายุครรภ์ 16-36⁺⁶ สัปดาห์เป็นรูปแบบสอดทางช่องคลอด ขนาดยา 200 มก. ระยะเวลาการให้ยา รูปแบบการให้ยา และขนาดยาที่ให้อาจมีผลต่ออายุครรภ์ที่คลอด⁽⁵⁾

อัตราการคลอดก่อนกำหนดที่ 37 และ 34 สัปดาห์ในมารดาที่ได้รับยาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (21.7% : 50%; RR=0.43; 95% CI=0.23-0.84; $p=0.021$) และ (4.3% : 23.3% RR=0.19; 95% CI=0.04-0.84; $p=0.025$) สอดคล้องกับการศึกษาของ da Fonseca⁽⁸⁾ ที่พบว่าการให้ยา Micronized Progesterone สอดทางช่องคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่ 37 และ 34 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญส่งผลให้เด็กทารกที่เกิดมามีโอกาสเกิดภาวะหายใจลำบากลดลง เนื่องจากการเจริญของปอดของทารกในครรภ์จะเริ่มสมบูรณ์หลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์⁽⁹⁾

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวทารกของกลุ่มมารดาที่ได้รับยาและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (2838 gm. : 2695 gm.; MD 143 gm; $p=0.223$) สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Brien JM⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาการให้ยา Progesterone Gel ทางช่องคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวทารกของกลุ่มที่ได้รับยาและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาไม่แตกต่างกัน ต่างจากการศึกษาวิจัยของ Rai et al.⁽⁵⁾ ที่พบว่าน้ำหนักตัวเฉลี่ยของทารกกลุ่มที่ได้รับยามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดนอกจากการคลอดก่อนกำหนดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ น้ำหนักตัวมารดา ดัชนีมวลกาย (BMI) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม และภาวะโภชนาการของมารดา⁽¹¹⁾ ซึ่งการศึกษานี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรให้เฉพาะลงไปได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีจำนวนค่อนข้างน้อย

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดและอัตราวันนอนโรงพยาบาลของทารกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ในกลุ่มที่ได้รับยาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญ (10.9% : 30.0%; RR=0.36; 95% CI=0.13-0.97; $p=0.035$), (4.3% : 23.3%; RR=0.19 ; 95% CI=0.04-0.84; $p=0.025$) สอดคล้องกับ Ahuja⁽¹²⁾ ที่พบว่าการให้ยา Micronized Progesterone ทางช่องคลอดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราวันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดและพบว่าภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ในทารกแรกเกิดที่คลอด

ก่อนกำหนดที่มีผลทำให้นอนในโรงพยาบาลนานขึ้น คือ ภาวะหายใจลำบากของทารกตั้งแต่แรกเกิด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การได้รับได้ยา Micronized Progesterone ชนิด สอดทางช่องคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดโดยไม่ทราบสาเหตุ มีประโยชน์ในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะหายใจลำบาก ติดเชื้อในกระแสเลือด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่าเท่ากับ 7 วันของทารกแรกเกิดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ยา Micronized Progesterone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดโดยไม่ทราบสาเหตุในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง และจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อย ผลการศึกษาอาจจะยังไม่สะท้อนถึงภาพรวมของประเทศไทย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่มากขึ้น
2. การให้ Progesterone ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยมีทั้งรูปแบบฉีดและสอดทางช่องคลอด แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระหว่าง 2 รูปแบบนี้ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อประโยชน์สูงสุดของหญิงตั้งครรภ์ในการที่จะได้รับยาให้เหมาะสมในแต่ละราย
3. น้ำหนักตัวทารกที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น น้ำหนักตัวมารดา ดัชนีมวลกาย (BMI) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัมและภาวะโภชนาการของมารดา ที่ควรได้รับการสนับสนุนแก้ไขจากส่วนกลาง และชุมชนท้องถิ่น
4. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ของมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักตัวของทารก เพื่อนำมาพัฒนาแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. อุ๋นใจ กอนันตกุล. การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา วารสารสูตินรีแพทย์ สัมพันธ์. 2562;28(1):8-15.
2. อนุวัฒน์ สุตันทวีบูลย์. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor). ใน ประภัทร วาณิชพงษ์ พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์ (Modern Textbook of Obstetrics). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
3. Choi SJ. Use of progesterone supplement therapy for prevention of preterm birth: review of literatures. Obstet Gynecol Sci. 2017 Sep;60(5):405-420. doi: 10.5468/ogs.2017.60.5.405.

4. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2556-2558 และคณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [อินเทอร์เน็ต]. 2558. เข้าถึงได้จาก: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB_014.pdf
5. Chaemsaitong P, Raungrongmorakot K, Promsonti P. Progesterone for prevention of preterm birth. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012;20:222-30.
6. Rai P, Rajaram S, Goel N, Ayalur Gopalakrishnan R, Agarwal R, Mehta S. Oral micronized progesterone for prevention of preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Jan;104(1):40-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2008.08.029.
7. Glover MM, McKenna DS, Downing CM, Smith DB, Croom CS, Sonek JD. A randomized trial of micronized progesterone for the prevention of recurrent preterm birth. *Am J Perinatol*. 2011 May;28(5):377-81. doi: 10.1055/s-0031-1274509.
8. da Fonseca EB, Bittar RE, Carvalho MH, Zugaib M. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Feb;188(2):419-24. doi: 10.1067/mob.2003.41.
9. Hermansen CL, Lorah KN. Respiratory distress in the newborn. *Am Fam Physician*. 2007;76(7):987-94.
10. O'Brien JM, Adair CD, Lewis DF, Hall DR, Defranco EA, Fusey S, Soma-Pillay P, Porter K, How H, Schackis R, Eller D, Trivedi Y, Vanburen G, Khandelwal M, Trofatter K, Vidyadhari D, Vijayaraghavan J, Weeks J, Dattel B, Newton E, Chazotte C, Valenzuela G, Calda P, Bsharat M, Creasy GW. Progesterone vaginal gel for the reduction of recurrent preterm birth: primary results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007 Oct;30(5):687-96. doi: 10.1002/uog.5158.
11. Chumnijarakij T, Nuchprayoon T, Chitinand S, et al. Maternal risk factors for low birthweight newborn in Thailand. *J Med Assoc Thai* 1992;75:445-52.
12. Ahuja R, Sood A, Pal A, Mittal R. Role of micronized progesterone in prevention of preterm labour in women with previous history of one or more preterm births: a research study at a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2015 Aug;4(4):1176-80.

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

กิตติยาพร สังขศรีสมบัติ*, ชรินทร์พร มะชะรา**^a,
มนัสนันท์ พรหมศรี*, นรินทร ผาณิต***

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดทุกคนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลอุดรธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) วิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ (R1) 2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบ (D1) 3) ทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (R2) และ 4) ประเมินผลรูปแบบ (D2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ชื่อบัญชี “การดูแลทารกแรกเกิด” 2) แบบสอบถามความมั่นใจในการใช้รูปแบบฯ ของมารดา 3) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ของมารดา และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ประกอบด้วยวิดีโอ 7 เรื่อง และแผ่นภาพอินโฟกราฟิกให้ความรู้มารดาให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ฯ แบบออนไลน์ และการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ฯ ตลอด 24 ชั่วโมงผ่านช่องทางแชท 2) หลังใช้รูปแบบฯ มารดามีความมั่นใจมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ 3) มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.70, SD=0.47 และ Mean=4.60, SD=0.52 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : การให้ความรู้; การให้คำปรึกษา; ทารกเกิดก่อนกำหนด; แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี

** อาจารย์ สาขารากพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

*** อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ศูนย์การศึกษาปิงกาฬ

^a Corresponding author : ชรินทร์พร มะชะรา Email : Sharinporn.ma@udru.ac.th

รับบทความ: 1 พ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 1 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 1 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 มิ.ย. 65

Development of Health Education and Health Counseling Model Using LINE Official Account Application for Mothers in Caring for Infants with Premature Births

Kitiyaporn Sungkasrisombut*, Sharinporn Machara**^a,
Manusanun Promsri*, Nirundon Panit***

Abstract

The objective of this research and development was to develop an educational and counseling model using LINE official account application for mothers in caring for Infants with premature births. The samples were mothers of preterm infants admitted to the newborn ward and registered nurses working at Udon Thani hospital, both selected according to inclusion criteria. The research was consisted of 4 phases: 1) situational analysis and needs assessment (R1), 2) designing and developing of the model (D1), 3) implementation in real situations (R2), and 4) model evaluation (D2). Research instruments included: 1) the health education and counseling model using LINE official account application for mothers in caring for Infants with premature births with account name: “Karn Dulae Tarok Rag Kerd” (Caring for New Born Babies, in Thai), 2) a questionnaire of mothers’ confidence on model use, 3) a questionnaire of satisfaction on model among mothers, and 4) a questionnaire of satisfaction on model among registered nurses. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and paired sample t-test.

The results showed that 1) the education and counseling model was consisted of 7 videos and infographics that provided information for mothers plus 24-hour consulting supports via chat, 2) mothers’ confidence in caring for premature infants significantly improved after using the model ($p < 0.001$), and 3) mothers’ and registered nurses’ overall

* Registered Nurse, Professional Level, Newborn Ward, Udon Thani Hospital

** Pediatric Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

*** Instructor, Udon Thani Rajabhat University, Bueng Kan Education Center

^a Corresponding author Sharinporn Machara Email: Sharinporn.ma@udru.ac.th

Received: May 1, 22; Revised: Jun. 1, 22; Accepted: Jun. 1, 22; Published Online: Jun. 27, 22

satisfactions of the model were at the highest levels (Mean=4.70, S.D=0.47, Mean=4.60, S.D=0.52, respectively).

Keywords: Health education, Counseling; Preterm infant; LINE official account application

บทนำ

ปัจจุบันการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข เป็นสาเหตุสำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดใน 180 ประเทศทั่วโลกพบค่าเฉลี่ยร้อยละ 5.0-18.0 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย โดยค่าเฉลี่ยของการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มประเทศ South East Asia and Oceania อยู่ที่ร้อยละ 13.5 ของการเกิดมีชีพทั้งหมด⁽¹⁾ ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามน้ำหนักแรกเกิดที่น้อยกว่า 2,500 กรัม ตั้งแต่ปี 2557-2561 ที่พบค่าเฉลี่ยร้อยละ 10.4-11.3⁽²⁾ สอดคล้องกับข้อมูลของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าสถิติการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนด ตั้งแต่ปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 27.59, 25.56 และ 27.77 ตามลำดับ⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าทารกกลุ่มนี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยทารกเกิดก่อนกำหนดมีโอกาสเจ็บป่วยที่รุนแรง พิการ และเสียชีวิตได้ เนื่องจากระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายยังไม่สมบูรณ์ เช่น การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย หายใจ ระบบภูมิคุ้มกัน การดูดซึมการย่อยสารอาหาร เป็นต้น⁽⁴⁻⁶⁾ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นจำนวนมากต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเกิดและบางรายใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลายาวนานหลายเดือน ส่งผลให้มารดาขาดโอกาสในการดูแลบุตรในช่วงที่เจ็บป่วย และเมื่อถึงเวลาที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านทำให้มารดาขาดความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด รวมถึงความมั่นใจในการปฏิบัติดูแล อาจเป็นสาเหตุทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเหล่านั้นได้รับการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็น ส่งผลให้ทารกต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี จ.อุดรธานี มักจะมาด้วยปัญหาการติดเชื้อ การหายใจลำบาก น้ำหนักขึ้นช้า ลำไส้อักเสบเน่าตาย เป็นต้น⁽³⁾ วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เหมาะสมและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ คือการให้ความรู้ในการดูแลบุตร⁽⁷⁾ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมให้กับมารดาด้านความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางรากฐานการดูแลทารกให้มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยกับทารก อีกทั้งการสร้าง ความมั่นใจในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดให้กับมารดาก็ทำให้มารดาสามารถปฏิบัติดูแลทารกได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถเผชิญกับปัญหาระหว่างการเลี้ยงดูบุตร และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง⁽⁸⁾ นอกจากนั้น การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงตามไปด้วย⁽⁹⁾ แต่จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura⁽¹⁰⁾ ที่อธิบายว่าการที่มนุษย์มีความรู้ความสามารถเพียงอย่างเดียวไม่อาจประสบความสำเร็จได้หากบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่าสามารถใช้ความสามารถนั้นได้ การสร้างความมั่นใจให้กับมารดา ย่อมเป็นการส่งเสริมความสารถในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน การสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่มารดาต้องการ สามารถส่งเสริมความเชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรดูแลทั้งตนเองและทารกแรกเกิดได้นำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม⁽¹¹⁾

จากการสัมภาษณ์มารดาและสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาล ที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดใน โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า การให้ความรู้กับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดจะเป็นการให้ดูวิดีโอให้ความรู้ บรรยายปากเปล่าโดยพยาบาล ควบคู่กับการสาธิต และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ ซึ่งก่อนจำหน่ายทารก ออกจากโรงพยาบาลมารดาจะสามารถรับฟังความรู้ดังกล่าว และการให้มารดาสาธิตย้อนกลับ ประมาณ 1-2 ครั้ง มารดาบางท่านไม่สามารถจดจำขั้นตอนหรือปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อต้องกลับไปดูแลทารกเอง ที่บ้าน ส่งผลให้มารดาขาดความมั่นใจ และมีความกังวลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเกี่ยวกับการอาบน้ำ การวัดไข้ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การช่วยเหลือเบื้องต้นง่ายๆ เมื่อทารกมีภาวะ หายุดหทัยใจเขียว เป็นต้น และมารดาต้องการช่องทางในการให้คำปรึกษาในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลทารกหากเกิดสถานการณ์ที่มารดาไม่มั่นใจว่า จะเป็นอันตรายต่อบุตรหรือไม่ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบหรือช่องทางในการให้ความรู้และ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ผ่านมา พบว่าการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชัน สามารถ ลดความเครียดและเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลได้⁽⁸⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือก แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (LINE office account: LINE OA) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร ซึ่งเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน โดยคุณสมบัติแพลตฟอร์ม ของแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์สามารถประยุกต์ใช้งานในการสร้างเนื้อหาต่างๆ ลงได้ รวมถึง สามารถส่งข้อความ รูปภาพ และวิดีโอ และสามารถถ่ายทอดให้ผู้ติดตามได้ง่าย โดยเนื้อหาจะแจ้งเตือนบน แอปพลิเคชันไลน์เหมือนเวลาได้รับข้อความจากเพื่อนด้วยการกดส่งข้อความที่ต้องการครั้งเดียวสามารถส่งถึง กลุ่มเป้าหมายได้ทุกคน⁽¹²⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการให้ความรู้ และให้คำปรึกษาผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อส่งเสริมให้ มารดามีความพร้อมทั้งด้านความรู้และความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับบ้าน เป็นการ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับทารก รวมถึงการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเป็นการส่งเสริม

ความเข้มแข็งในบทบาทอิสระของพยาบาลในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่มารดาในการดูแลทารกแบบองค์รวม รวมถึงเป็นพี่เลี้ยงเมื่อยามมารดาต้องการการช่วยเหลือในการดูแลทารกหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิศเซียลแอดเคานท์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
2. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจของมารดาก่อนและหลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิศเซียลแอดเคานท์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของมารดาและพยาบาลวิชาชีพในการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิศเซียลแอดเคานท์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาได้เกิดความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก รวมถึงเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้แนวคิดในกระบวนการวิจัยและพัฒนาของ สมบัติ ท้ายเรือคำ⁽¹³⁾ มาประยุกต์ใช้เป็นในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ (ภาพที่ 1)

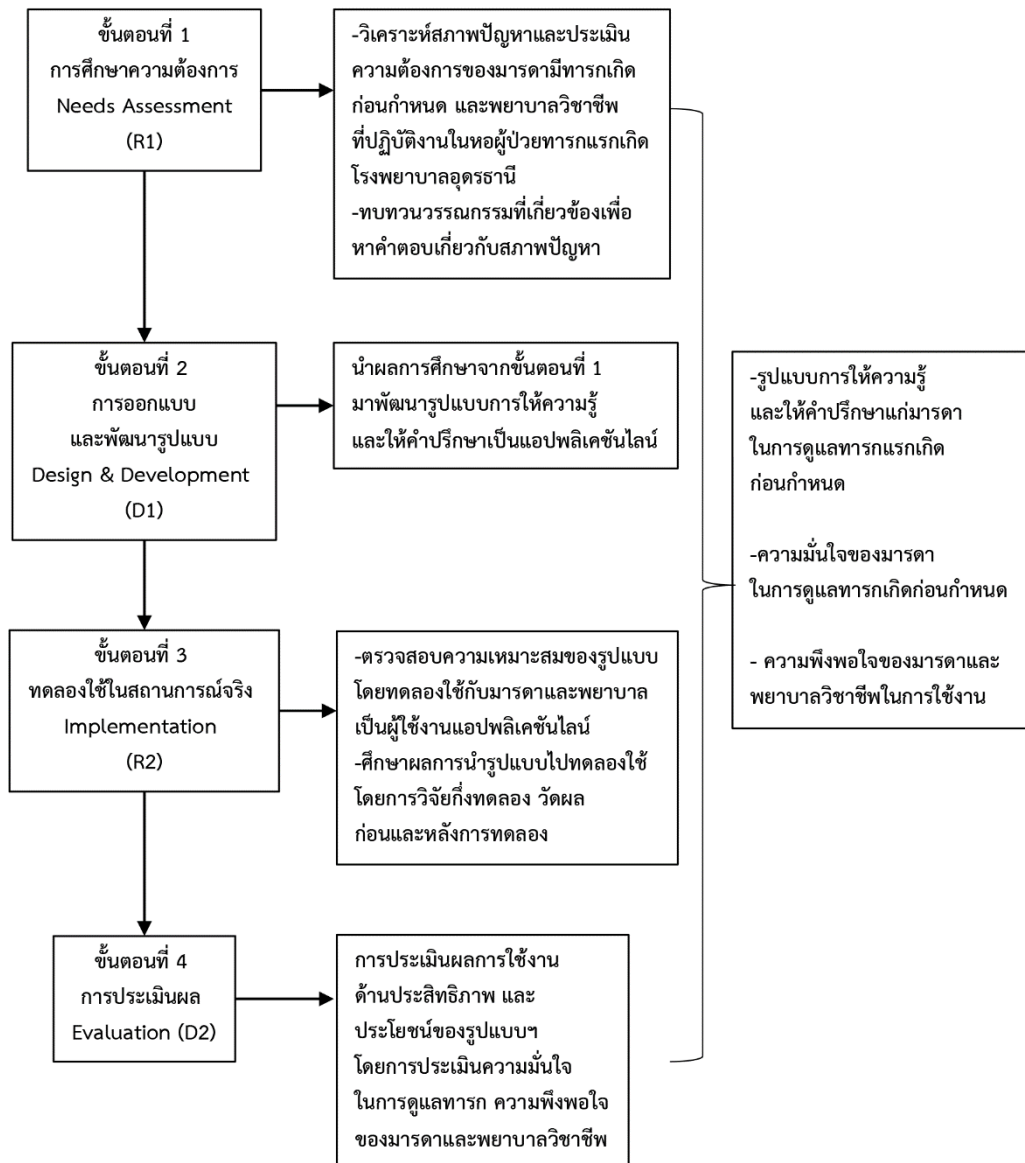
วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร : แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีบุตรเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน 2563- กุมภาพันธ์ 2564 และ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่ผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน 2563- กุมภาพันธ์ 2564

กลุ่มตัวอย่าง

มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ซึ่งมีบุตรเข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน 2563- กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 26 ราย และพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานที่ผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน 2563-กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 10 ราย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี แพทย์มีแผนการรักษาให้จำหน่ายกลับบ้าน มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม และวางแผนที่จะเลี้ยงดูทารกด้วยตนเอง 2) มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและไม่เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่เชื้อได้และเป็นอันตรายต่อทารก 3) ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และ 4) ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลอุดรธานี ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ด้านมารดา: 1) มารดาและทารกไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันเมื่อกลับบ้าน 2) มารดาเปลี่ยนใจไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) ทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นภาวะวิกฤติระหว่างที่มารดาได้รับโปรแกรม เช่น เชื้อหวัด หายใจ ต้องกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจหรือใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษา หรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามส่วนของมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 3 ตอน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านมารดาและด้านทารก ได้แก่ ด้านมารดา ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และด้านทารก ประกอบด้วย เพศ อายุ ครรภ์แรกเกิด น้ำหนักแรกเกิด อายุวันที่จำหน่าย น้ำหนักทารก ณ วันที่จำหน่าย

1.2 แบบทดสอบถามความมั่นใจในความสามารถของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยของวันเพ็ญ มโนวงศ์⁽¹⁴⁾ มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale มี 5 ระดับ 5 คะแนน ได้แก่ มีความมั่นใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (1 คะแนน) เรียงตามลำดับ ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ใช้เกณฑ์ในการจำแนกเป็นระดับ⁽¹⁵⁾ ดังนี้

4.50–5.00 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด	1.50–2.49 หมายถึง มีความมั่นใจน้อย
3.50–4.49 หมายถึง มีความมั่นใจมาก	1.00–1.49 หมายถึง มีความมั่นใจน้อยที่สุด
2.50–3.49 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลาง	

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ของมารดา โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้ 7 ข้อ 2) ด้านการให้คำปรึกษา 7 ข้อ และ 3) ความความพึงพอใจในภาพรวม 1 ข้อ มีการให้คะแนนเป็นแบบ Likert scale

มี 5 ระดับ 5 คะแนน ได้แก่ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ใช้เกณฑ์ในการจำแนก⁽¹⁵⁾ ดังนี้

4.50–5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด	1.50–2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
3.50–4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก	1.00–1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
2.50–3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง	

2. แบบสอบถามส่วนของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้งานรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ที่ประกอบ ด้วย 2 ตอน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อายุงานด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด และประสบการณ์การอบรมเฉพาะทาง การพยาบาลทารกแรกเกิด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีจำนวน 15 ข้อ มีการให้คะแนนเป็นแบบ Likert scale มี 5 ระดับ 5 คะแนน ได้แก่ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (1 คะแนน) เรียงตามลำดับ ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ใช้เกณฑ์ในการจำแนกโดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับเกณฑ์ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันของมารดา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นตามหลักการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด⁽⁴⁻⁶⁾ และนำรูปแบบการให้ข้อมูลรวมถึงการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้ ประกอบด้วย

ก. แผ่นอินโฟกราฟิกให้ความรู้แบบออนไลน์ จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เรื่อง 1) การวัดอุณหภูมิและการนับหายใจ, 2) การดูแลสะดือด้วยลูกยางแดง, 3) การดูแลเบื้องต้นเมื่อทารกมีอาการผิดปกติของทางเดินหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR), 4) การให้ยาเกินทารก, 5) การให้นมแม่และนมผสมในทารก, 6) การอาบน้ำและการทำความสะอาดสะดือและสะดือ และ 7) อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

ข. แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ ชื่อบัญชี คือ “การดูแลทารกแรกเกิด”

ค. วิดีโอออนไลน์ ในแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ (LINE official account: LINE OA) เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นเรื่องเดียวกับแผ่นอินโฟกราฟิกให้ความรู้แบบออนไลน์ โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีการปรับปรุงแก้ไขจนผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ครอบคลุมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นำแบบสอบถามความมั่นใจของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ความพึงพอใจของ มารดา และพยาบาลวิชาชีพในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ไปหาความตรงของเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็ก และอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก จากนั้นนำมาคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความมั่นใจของมารดา CVI=0.91 แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดา CVI=0.96 และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ CVI=0.93 จากนั้นนำแบบสอบถามความมั่นใจของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดความพึงพอใจของมารดาและพยาบาลวิชาชีพในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น(reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85, 0.88 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ (Analysis and need assessment: R1)

ประชุมปรึกษาหารือ และสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติในปัจจุบันจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน และสำรวจปัญหาและความต้องการของมารดาในการรับบริการการให้ความรู้และให้คำปรึกษาจากพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในช่วงเดือนกันยายน 2563 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปัญหาแต่ละด้านในแต่ละมิติ และสรุปปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา

2. ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Design and development: D1)

นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการกำหนด การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษากับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ชื่อบัญชี “การดูแลทารกแรกเกิด” จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหา การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสำหรับมารดาในรูปแบบภาพอินโฟกราฟฟิก และวิดีโอ โดยมีเนื้อหา 7 เรื่อง ได้แก่ 1) การวัดอุณหภูมิกายและการนบหายใจ, 2) การดูแลสะดือด้วยลูกยางแดง, 3) การดูแลเบื้องต้นเมื่อทารกมีอาการผิดปกติของทางเดินหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR), 4) การให้ยาเกินกำหนด, 5) การให้นมแม่และนมผสมในทารก, 6) การอาบน้ำและการทำความสะอาดตา สะดือ, และ 7) อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และนำเนื้อหาให้ผู้ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขจนผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเนื้อหาครอบคลุมความเหมาะสม จึงนำภาพอินโฟกราฟฟิก และวิดีโอเข้าสู่ระบบในแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์

3. ขั้นตอนการทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (Implementation: R2)

นำรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์ที่พัฒนาจากขั้นตอนที่ 3 ไปใช้กับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โดย

ระยะก่อนจำหน่าย : มารดาสามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์จากการสแกน QR code และเพิ่มเพื่อน ในวันที่มารดาฝากครรภ์ถึงศูนย์ที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยพยาบาลประจำเวรจะเป็นผู้อธิบายวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์

ระยะหลังจำหน่าย มีการดำเนินการดังนี้

1) จะมีการส่งข้อความให้ความรู้เรื่อง การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด แต่ละหัวข้อในรูปแบบรูปภาพผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์ ชื่อบัญชี “การดูแลทารกแรกเกิด” วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าเวลา 09.00 น. ช่วงเย็น เวลา 18.00 น.

2) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดทางกล่องข้อความตลอด 24 ชั่วโมง โดยจะมีแอดมิน คือหัวหน้าหอผู้ป่วย/ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย รองหัวหน้าฯ ตอบคำถามทันที และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานหัวหน้าเวร ในแต่ละเวรจะมีการตรวจสอบข้อความอีกครั้งเพื่อป้องกันการตกหล่นของการต้องการคำปรึกษาของผู้รับบริการ โดยรับผิดชอบตอบคำถามภายในเวรเช้า-บ่าย-ดึก ก่อนเวลา 7.00, 15.00 และ 23.00 น.

3) ติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์ใน Case ที่ ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

หมายเหตุ: เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นผู้วิจัยจะให้มารดาได้เข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์ และสามารถสอบถาม หรือเข้าถึงข้อมูลการดูแลทารกได้เช่นเดียวกับมารดาที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ขั้นตอนประเมินผลรูปแบบ (Evaluation:D2)

ประเมินผลการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ท์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยประเมินความมั่นใจของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับบ้านตามการรับรู้ของมารดา ในวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านเป็นการประเมินก่อนใช้บริการรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันฯ และประเมินความมั่นใจของมารดาหลังจากใช้บริการแล้วในสัปดาห์ 4 และประเมินความพึงพอใจของมารดาและพยาบาลวิชาชีพหลังจากใช้งานรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษากับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดผ่านแอปพลิเคชันไลน์ฯ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยส่งแบบสอบถามให้มารดาผ่านช่องทางแชทของแอปพลิเคชันไลน์ฯ ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 10 นาที ส่วนพยาบาลให้ทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจ หลังใช้งานรูปแบบฯ 1 เดือน ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป คะแนนความมั่นใจ และความพึงพอใจของมารดา และพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความมั่นใจของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง (UDH REC No.57/2563) 57/2563 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงเพื่อขอกวัดอุปประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษา ในลักษณะภาพรวม ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมศึกษาให้ทราบถึงการมีอิสระในการที่เข้าร่วมศึกษา และสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาทารก

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการของมารดาเกี่ยวกับการให้ความรู้และให้คำปรึกษาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในรูปแบบเดิม พบว่า 1) มารดาไม่มั่นใจว่าเมื่อกลับบ้านแล้วจะสามารถดูแลบุตรเองได้เหมือนกับตอนที่อยู่โรงพยาบาลหรือไม่ 2) มารดาจดจำความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่พยาบาลสอนไม่ได้ทั้งหมด เนื่องจากความรู้ที่ได้จะเป็นวิดีโอที่เปิดให้ดูตอนเช้าซึ่งค่อนข้างยาว และจากที่พยาบาลให้คำแนะนำ 3) มารดาต้องการช่องทางในการให้คำปรึกษาที่สะดวกรวดเร็วเมื่อมีเรื่อง ที่มารดาต้องการคำปรึกษา
2. ผลการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเกี่ยวกับการให้ความรู้และให้คำปรึกษาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในรูปแบบเดิม พบว่า 1) มารดาบางคนไม่สามารถนอนฝึกดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้ จึงไม่ได้ดูวิดีโอการสอนที่ทางหน่วยงานจัดเตรียมให้ในช่วงเช้าได้ และไม่มีโอกาสได้ดูซ้ำอีกเมื่อต้องการ 2) เมื่อมารดากลับบ้าน การให้ความรู้ต่อเนื่องจะเป็นการศึกษาเองของมารดาหน่วยงานไม่ได้มีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง 3) หากสามารถมีช่องทางให้ความรู้มารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อกลับบ้านแล้วจะเป็นการดีมาก ทั้งต่อมารดาที่จะมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตร และตัวบุตรก็จะลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ 4) เนื้อหาที่สอนควรจะเหมือนกันเพื่อไม่ให้เกิดความสับสน และ 5) การติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านทำได้เพียงโทรศัพท์เยี่ยมทำให้ไม่สะดวก หากมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมาก

3. จากการระดมสมองและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องค้นหารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมากที่สุด จึงได้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (LINE official account application (OA)) ชื่อบัญชี “การดูแลทารกแรกเกิด” ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมมาก เนื่องจากเป็นการสื่อสารที่ทันสมัยและเป็นที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทย จึงเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้บริการในยุคปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง⁽⁸⁾ โดยมีวิธีการเข้าถึงข้อมูล ที่ง่าย สะดวก ทุกคนสามารถเข้าถึงง่ายไม่ซับซ้อน สามารถสแกน QR code ผ่านในโทรศัพท์มือถือของตนเอง และมารดาสามารถทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอด หากเกิดข้อสงสัย นอกจากนั้นยังเป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เรียนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากขึ้น จากสื่อที่ใช้รูปภาพประกอบชัดเจน และมีเสียงบรรยายที่ใช้ภาษาที่ทําให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และมีการพัฒนาเนื้อหาการให้ความรู้ให้ทันสมัย กระชับ เข้าใจง่ายมากขึ้น รายละเอียดดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษารูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนา

รูปแบบเดิมก่อนพัฒนา	รูปแบบใหม่หลังพัฒนา
1. การให้ความรู้ 1) ใช้การสอนโดยพยาบาล ผู้ปฏิบัติหน้าที่ประจำเวรเช้า เป็นผู้สอนสุขศึกษา ประมาณ 8.30 น. โดยก่อนสอนจะให้มารดา ดูวิดีโอที่มีเนื้อหาเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ความยาวประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาที วันละ 1 ครั้ง 2) สอนทบทวนความรู้อีกครั้ง ในวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน	1. การให้ความรู้ ระยะก่อนกลับบ้าน 1) พยาบาลจะให้เข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ โดยการสแกน QR code และแนะนำวิธีการใช้งาน 2) พยาบาลแนะนำเนื้อหาของวิดีโอซึ่งแต่ละเรื่อง 3) พยาบาลเวรเช้าสอนสุขศึกษาในเวลาประมาณ 8.30 น. โดยเป็นการสรุปเนื้อหาและทบทวนจากการดูวิดีโอ และสอนทบทวนความรู้อีกครั้งในวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ระยะหลังกลับบ้าน 1) ผู้ดูแลระบบจะส่งภาพอินโฟกราฟิกให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันฯ วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าเวลา 09.00 น. ช่วงเย็นเวลา 18.00 น. 2) ส่งข้อความเพื่อติดตามการเข้าชมวิดีโอให้ความรู้และการดูแลทารกของมารดาทางไลน์ในสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตารางเปรียบเทียบรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษารูปแบบเดิมและรูปแบบที่พัฒนา

รูปแบบเดิมก่อนพัฒนา	รูปแบบใหม่หลังพัฒนา
2. การให้คำปรึกษา - สอบถามทางหมายเลขโทรศัพท์ ของหอผู้ป่วย	2. การให้คำปรึกษา 1) ให้ซักถามข้อสงสัยทางกล่องข้อความ (Chat) ตลอด 24 ชั่วโมง ได้ทั้งข้อความ รูปภาพ หรือวิดีโอสั้นๆ โดยจะมีแอดมินตอบคำถามภายในเวรเช้า-บ่าย-ดึก ก่อนเวลา 7.00 น., 15.00 น. และ 23.00 น. หากมีข้อสงสัยที่จำเป็นต้องปรึกษาก็จะปรึกษาแพทย์เวร 2) หากมีเรื่องด่วนสามารถโทรศัพท์ผ่านไลน์ หรือผ่านโทรศัพท์ของหอผู้ป่วยได้ 24 ชั่วโมง 3) ติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิศเชียล แอคเคานท์ในกรณีที่ต้องได้รับการดูแลเป็นกรณีเฉพาะ

4. กลุ่มตัวอย่างมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด

4.1) ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก พบว่า มารดามีอายุระหว่าง 18-38 ปี มีอายุเฉลี่ย 25.35 ปี (SD=5.36) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 57.70 ประกอบอาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 38.50 ไม่มีประสบการณ์การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 75.00 ส่วนด้านทารก พบว่าส่วนใหญ่เป็นทารกเพศหญิง ร้อยละ 57.57 มีอายุครรภ์ (GA) เฉลี่ย 32.56 สัปดาห์ (SD=1.90) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,666.42 กรัม อายุของทารกในวันที่จำหน่ายเฉลี่ย 28.85 วัน (SD=1.9) น้ำหนักในวันที่จำหน่ายเฉลี่ย 2,050.38 กรัม

4.2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อกลับบ้าน ก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจของมารดาก่อนทดลองเท่ากับ 3.54 (SD=0.44) และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจของมารดาหลังทดลองเท่ากับ 4.34 (SD=0.35) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิศเชียลแอคเคานท์มารดามีระดับความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจก่อนและหลังได้รับความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ต์ด้วยสถิติ Paired t-test (n=26)

ระยะการทดลอง	คะแนนความมั่นใจของมารดา		df	t	P-Value
	Mean	SD			
ก่อนทดลอง	3.54	0.44	25	11.36	<0.001
หลังทดลอง	4.34	0.35			

4.3) ความพึงพอใจของมารดาในการใช้งานของแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ต์พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด อยู่ระดับมากที่สุด (Mean=4.70, SD=0.47) ส่วนด้านการให้ความรู้ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เนื้อหาความรู้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง อยู่ระดับมากที่สุด (Mean=4.73, SD=0.45) รองลงมาคือความรู้ที่ได้จากแอปพลิเคชันฯ มีความถูกต้องสมบูรณ์ และครบถ้วน ตรงตามความต้องการของท่านอยู่ระดับมากที่สุดเช่นกัน (Mean=4.65, SD=0.49) และความพึงพอใจด้านการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในสูงที่สุด คือเจ้าหน้าที่ตอบคำถามทำให้ท่านเป็นกันเอง และทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นในการบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.61, SD=0.48) รองลงมาคือข้อการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทำให้ท่านเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน (Mean=4.62, SD=0.57) และความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรวดเร็วในการเข้าตอบคำถามทางช่องทางแชทของเจ้าหน้าที่ (Mean=4.38, SD=0.75) แต่เป็นความพึงพอใจที่ยังอยู่ระดับมาก และความพึงพอใจอื่นๆ ของมารดาในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ฯ ได้แก่ “ขอบคุณทุกคนที่ช่วยเหลือลูกหนูเหมือนลูกตัวเอง” “หนูได้ไปอยู่ลึบกว่าวันคือดีมากค่ะ” “ขอบคุณทุกคนจริงๆ ค่ะ” “ตอนแรกคือไม่คิดว่าจะได้เลี้ยง แต่ตอนนี้คือมีลูกตัวเล็กๆ มาเต็มเต็มในครอบครัว” และ “ดีมาก ๆ ค่ะที่มีแบบนี้”

5. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

5.1) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 10 คน พบว่าทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 34.14 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 70.00 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 90.00 อายุงานเฉลี่ย 13.43 ปี น้อยที่สุด 2 ปี และมากที่สุด 28 ปี พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 70.00 ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลทารกแรกเกิด

5.2) ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้งานของแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาน์ต์ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด (Mean=4.60, SD=0.52) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับสูงสุดคือ ความสะดวก ไม่ซับซ้อน ในการเข้าใช้งานการให้คำปรึกษา ในช่องทางแชทส่วนตัวแอดมิน (Mean=4.70, SD=0.48) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

รองลงมาคือ เนื้อหาในการดูแลทารกในแอปพลิเคชันฯ มีความถูกต้องสมบูรณ์และครบถ้วน และส่งเสริมให้ท่านปฏิบัติงานในการให้ความรู้และให้คำปรึกษาได้สะดวกเร็วขึ้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean=4.60, SD=0.52) ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แต่ยังอยู่ระดับมาก คือ ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (Mean=4.30, SD=0.48) และการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านช่องทางนี้ส่งเสริมให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น (Mean=4.30, SD=0.48)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ชื่อบัญชี “การดูแลทารกแรกเกิด” นั้นเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมมากกับโลกยุคดิจิทัลเนื่องจากการสื่อสารที่ทันสมัยและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดในประเทศไทย จึงเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้บริหารในยุคปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง⁽⁷⁾ มารดาทุกคนสามารถเข้าถึงได้สะดวกโดยการสแกน QR code ผ่านในโทรศัพท์มือถือของตนเอง นอกจากนั้นมารดาสามารถทบทวนความรู้ซ้ำจากวิดีโอออนไลน์ในแอปฯ ได้ตลอด เนื้อหาในวิดีโอมีการปรับให้สั้นกระชับ ใช้ภาษาที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เพราะถ้าเนื้อหามากเกินไป ใช้คำที่มีศัพท์แพทย์มากเกินไป ทำให้ผู้เรียนเกิดความไม่เข้าใจได้⁽¹⁾ โดยเนื้อหาประกอบด้วยหลักการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 7 เรื่อง ได้แก่ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เรื่อง 1) การวัดอุณหภูมิกาย และการนับหายใจ, 2) การดูแลเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง 3) การดูแลเบื้องต้นเมื่อทารกมีอาการผิดปกติของทางเดินหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) 4) การให้ยากินทารก 5) การให้นมแม่และนมผสมในทารก 6) การอาบน้ำและการทำความสะอาดสะดือ และ 7) อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ สามารถเลือกชมได้เป็นเรื่องราว ด้วยการคลิกเลือก แตกต่างจากเดิมที่ต้องเปิดเครื่องฉายวีซีดีเท่านั้นถึงจะเข้าชมได้ และมีความยาวต่อเนื่อง 1 ชั่วโมง 15 นาที ทำให้ยุ่งยากซับซ้อนในการชมวิดีโอให้ความรู้ นอกจากรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาจะมีวิดีโอให้ความรู้ 7 เรื่องดูซ้ำได้หลายครั้ง ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน ผู้ดูแลได้เนื้อหาเหมือนกัน ส่งผลให้มารดาเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความมั่นใจในทักษะในการปฏิบัติที่ดีขึ้นตามมาด้วย^(6,7) นอกจากมีวิดีโอแล้วยังมีภาพอินโฟกราฟฟิกให้ความรู้ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องไปกับวิดีโอ รูปภาพประกอบชัดเจน สีสดใสสวยงามเป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เรียนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากขึ้น⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่พบว่า การสอนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลการสอนโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์นี้ เป็นวิธีการส่งเสริมความรู้ให้กับผู้เรียนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากขึ้น จากสื่อที่ใช้รูปภาพประกอบชัดเจนและมีเสียงบรรยายที่ทำให้เข้าใจส่งผลให้ผู้ดูแลเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น^(16,18) นอกจากนั้นผู้ดูแล

ระบบจะมีการส่งภาพอินโฟกราฟฟิกให้ความรู้เป็นระยะให้กับมารดา เพื่อเป็นการกระตุ้นและให้ความรู้มารดา และมีการเปิดช่องทางให้มารดาสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดหรือปัญหาสุขภาพของทารก ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งมารดาสามารถส่งได้ทั้งข้อความ รูปภาพ และคลิปวิดีโอ ส่งผลให้มารดารับรู้ว่ามีพยาบาลคอยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของทารกตลอดเวลา

2. เปรียบเทียบความมั่นใจของมารดาก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจของมารดาหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปฯ สูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเพิ่มความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาเมื่อกลับบ้านได้เนื่องจากเมื่อแพทย์วางแผนการรักษาให้มารดากลับบ้านพยาบาลจะติดตามมารดาให้มาฝึกเลี้ยงทารกและใช้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาที่พัฒนาขึ้นจึงทำให้มารดามีความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด นอกจากนั้นเมื่อทารกได้กลับบ้านจะมีการติดตามให้ความรู้และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องโดยส่งข้อมูลผ่านแอปฯ ทุกวันเป็นระยะเวลา 1 เดือน และคอยให้กำลังใจมารดาที่มีปัญหาในการดูแลบุตร จึงเป็นการสร้างความมั่นใจให้มารดา ด้านการให้คำปรึกษา อธิบายได้ว่า การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน ที่พบว่า มารดามีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกเนื่องจากต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลทารกมาโดยตลอด เมื่อต้องดูแลทารกที่บ้านด้วยตนเองจึงรู้สึกยุ่งยาก ความสับสน ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองในการดูแลบุตรรวมถึงรู้สึกไม่สบายใจ กลัวทารกเป็นอันตราย⁽¹⁹⁾ เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีน้ำหนักตัวน้อย กว่าทารกคลอดครบกำหนดและมีภาวะของร่างกายต่างย่างเจริญไม่สมบูรณ์ต้องใช้การดูแลที่เฉพาะและใกล้ชิดเป็นพิเศษ⁽⁴⁾ มารดาจึงอาจเกิดความไม่มั่นใจในตนเองในการดูแลทารก ดังนั้น เมื่อมีพยาบาลผู้ที่เคยดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตอนอยู่โรงพยาบาล คอยให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปฯ ทางโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ซึ่งมีความสะดวกในการเข้าใช้งานช่องทางเขตส่วนตัว และเจ้าหน้าที่ตอบคำถามทำให้ท่านเป็นกันเอง และทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นในการบริการและเกิดความพึงพอใจ อีกทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ดูแลระบบจะให้กำลังใจมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้มารดาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลและทารกคลอดก่อนกำหนดจะได้รับการดูแลที่ถูกต้องปลอดภัยลดอัตราการกลับไปรักษาซ้ำ

3. ความพึงพอใจของมารดาและพยาบาลวิชาชีพในการใช้งานรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์

3.1 มารดาที่มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ดังนี้ ความรู้ที่มารดาได้รับผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ฯ มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจึงทำให้มารดาเกิดความพึงพอใจ และสามารถนำไปดูแลบุตรได้จริงเมื่อกลับบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา

ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้านที่พบว่า มารดาต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลในการดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ การสังเกตการร้องไห้ของทารก เช่น การร้องแบบโคลิค การสังเกตเสียงหายใจ การช่วยเหลือเมื่อทารกหยุดหายใจ การรับอาหารและการเจริญเติบโต และการดูแลเด็กในแต่ละวัน พฤติกรรม และความปลอดภัยของทารกคลอดก่อนกำหนด⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับปฏิวัติ อาสาแสน⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาแอปพลิเคชันสำหรับมารดาหลังคลอด แผนกสูติรีเวชโรงพยาบาลสุรินทร์ ความพึงพอใจด้านประโยชน์และเนื้อหาอยู่ในระดับมากและด้านความสะดวกต่อการใช้งานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นกัน

3.2 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจระดับสูงสุดคือ ความสะดวก ไม่ซับซ้อน ในการเข้าใช้งานการให้คำปรึกษาในช่องทางแชทส่วนตัวแอมารดา สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีสลิม⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า มารดาตามความพึงพอใจระดับมากซึ่งเป็นระดับสูงสุด ของแอปพลิเคชันในความง่าย สะดวกไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีรูปภาพประกอบที่ทำให้เข้าใจได้ง่าย ความพึงพอใจรองลงมา คือเนื้อหาในการดูแลทารกในแอปพลิเคชัน มีความถูกต้องสมบูรณ์และครบถ้วน อธิบายได้ว่า เนื้อหาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในรูปแบบวิดีโอและอินโฟกราฟฟิกถูกต้องครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และปรับให้มีความทันสมัยมากยิ่งขึ้นจึงทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ การใช้งานรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานอย่างแท้จริงโดยพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก และเป็นรูปแบบใหม่ที่ยังไม่เคยทำในหอผู้ป่วย ซึ่งการสร้างระบบบริการพยาบาลที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริงสามารถแก้ปัญหาการทำงานได้จริง และเป็นเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างยั่งยืน

สรุป การพัฒนาการรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดนั้นได้รูปแบบการให้ความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดผ่านแอปพลิเคชันฯ ชื่อบัญชี “การดูแลทารกแรกเกิด” ซึ่งสามารถเข้าถึงได้โดยการสแกน QR code ซึ่งแบ่งเป็นการให้ความรู้ทางวิดีโอ และภาพอินโฟกราฟฟิก มารดาสามารถดูซ้ำได้ตลอดเวลาเท่าที่ต้องการ ส่วนการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันฯ นั้นก็มีรูปแบบที่ชัดเจนมารดาสามารถถามหรือขอคำแนะนำผ่านช่องทางแชท เป็นแบบข้อความ รูปภาพ หรือคลิปวิดีโอได้ตลอด 24 ชั่วโมงจะมีผู้ดูแลระบบเข้ามาตอบคำถามหรือให้คำแนะนำ หลังจากที่ใช้มารดาใช้แอปพลิเคชันฯ พบว่าหลังใช้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนใช้มารดา มารดาและพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในการใช้ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ฯ ไปพัฒนาวิธีให้ความรู้และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพการให้บริการรวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น และส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวในการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ฯ เช่น อัตราการเจ็บป่วยซ้ำ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พัฒนาการทารก และการเจริญเติบโตของทารก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุวลยา คงรอด, ชะปา ไชยฤทธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาแบบใหม่ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(6):1055-61.
2. สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2562 ส.ค. 15]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf
3. โรงพยาบาลอุดรธานี. ข้อมูลสถิติทารกเกิดก่อนกำหนด ห่อผู้ป่วยเด็กก่อน โรงพยาบาลอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2562.
4. พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒน์. การพยาบาลเด็ก เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong's Essentials of Pediatric Nursing. 8th ed. St. Louis, MO: Mosby/Elsevier; 2007.
6. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, วิณา จีระแพทย์. การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์; 2554.
7. ผนึกแก้ว คลังคา, วิลาวัณย์ จันโทริ, อัมภา ทาเวียง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแล. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. 2562; 32(2):40-9.
8. สุนทกัญจน์ ลากภิตติเจริญชัย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่มีต่อ ความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสาร กรมการแพทย์. 2563; 45(3):42-50.

9. นกสร เอ้ามาชัย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ห่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่วิกฤต 2 ค. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
10. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: WH Freeman; 1997.
11. วรัญญา ชลธารกัมปนาท, จันทิมา ขนบดี, ปราณี ป้องเรือ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2561;29(1):30-41.
12. LINE Corporation. LINE for business [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 เม.ย.20]. เข้าถึงได้จาก: <https://lineforbusiness.com/th/service/line-oa-features>
13. สมบัติ ท้ายเรือคำ. การวิจัยและพัฒนา: วิธีการวิจัยเพื่อพัฒนางานวิจัย. วารสารวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2557;1(1):2-11.
14. วันเพ็ญ มโนวงศ. การรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
15. ประกาย วิโรจน์กุล. การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด; 2552.
16. วนิสา หะยิเชะ, นุจรี ไชยมงคล, อัจฉรวดี ศรียะศักดิ์, มยุรี ยิปาโล๊ะ. การพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้แอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีสลิม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2564;13(1):39-55.
17. สุวารี โพธิ์ศรี. ผลของโปรแกรมการเตรียมจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
18. นฤมล สมชื่อ, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563; 34(3):79-93.
19. ฮานีพะ เจ๊ะอาลี. ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
20. ปฎิวัติ อาสาแสน. แอปพลิเคชันสำหรับมารดาหลังคลอดแผนกสูติรีเวชโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. 2563; 5(1):69-76.

ผลการใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานตามหลักการ 5 ส.

ในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์

โสเมศิริ เดชารัตน์^{*a}, พิรนาฏ คิตติ^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยผลต่อสุขภาพอนามัย และหลักการ 5 ส. ของขยะอิเล็กทรอนิกส์ และ 2) เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. ในพนักงานที่ทำงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์รวมจำนวน 55 ร้าน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความถูกต้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.954 ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นครั้งนี้คือพนักงานที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 159 คน เก็บรวบรวมระหว่างเดือนมกราคม ถึงตุลาคม 2564 ทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาด้วยการอบรมบรรยาย ประกอบวีดิทัศน์และปฏิบัติจริง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบ Paired t-test และสถิติการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple linear regression statistics) ผลการศึกษาในพนักงาน 159 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (94.30%) เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน (75.50%) เคยได้ยินหรือรู้จักกิจกรรม 5 ส. (86.80%) ผลการสำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ พบว่าประเด็นการจัดวางเครื่องมือเครื่องใช้เฉพาะที่ไม่กีดขวางทางเดิน และตั้งอยู่ในบริเวณที่ปลอดภัยไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมีความบกพร่องมากที่สุด (45.50%) ผลการเปรียบเทียบก่อนหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. พบว่าระดับความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพนักงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์เพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นการจัดโครงการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานตามหลักการ 5 ส. จึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ได้ดำเนินกิจการอย่างปลอดภัยต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม; หลักการ 5 ส; ร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์; พนักงาน

^{*} ป.ร.ด. (เวชศาสตร์เขตร้อน) รองศาสตราจารย์, อาจารย์ประจำสาขาวิชาอนามัยและความปลอดภัย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

^{**} Ph.D. (Environmental Remediation) ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิทยาศาสตร์ชีวภาพและสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

^a Corresponding author : โสเมศิริ เดชารัตน์ Email : somsiri@tsu.ac.th

รับบทความ: 23 เม.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 1 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 6 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 มิ.ย. 65

Results of Program to Improve Work According to 5S Principles with Workers in Electronic Waste Recycle Shops

Somsiri Decharat^{*a}, Peeranart Kiddee^{**}

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to 1) compare knowledge levels in toxicity, health effects, and 5S principles regarding electronic waste (e-waste) and 2) compare 5S behaviors among e-waste workers working in electronic waste recycling shop after attending the workshop. Sampling was done using multi-stage sampling method with electronic waste recycling shops, yielding 55 shops. The data were collected between January and October 2021, using a questionnaire with content validity of 0.954. There were 159 employees from the recycling shops participated the study. Health education programs with lectures, videos and practical training were used in the study. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired-sample t-test and simple linear regression analyses. The results showed that, among 159 employees, the majority were males (94.30%), with experiences of work injuries or accidents (75.50%), had heard or known about 5S (86.80%). Survey on general environments of e-waste recycling shops showed that most errors shops practiced were placing tools in places that could cause accidents (45.50%). Comparisons of e-waste recycling shop employees' knowledge and safe operating behaviors using 5S principles before and after attending the workshop showed significant increase at $p=0.05$. Using the 5S principles is therefore necessary and should be continuously promoted to ensure operation safety in e-waste recycling shops.

Keywords: Program; 5S principles, E-waste recycling shop, Employee

* Ph.D. (Tropical Medicine), Associate Professor, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

** Ph.D. (Environmental Remediation), Assistant Professor, Department of Biological and Environmental Sciences, Faculty of Science, Thaksin University, Phatthalung Campus

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

Received: Apr. 23, 22; Revised: Jun. 1, 22; Accepted: Jun. 1, 22; Published Online: Jun. 27, 22

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์เป็นปัญหาที่สำคัญของโลก มีการคาดการณ์ว่าปริมาณขยะอิเล็กทรอนิกส์ในยุโรปจะมีจำนวนมากถึง 12.3 ล้านตัน ภายใน พ.ศ. 2563⁽¹⁾ ขยะอิเล็กทรอนิกส์เหล่านี้ประกอบด้วยวัสดุหลายชนิดส่วนมากเป็นโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว (Lead)ปรอท (Mercury) แคดเมียม (Cadmium) โครเมียม (Chromium) และเบริลเลียม (Beryllium) รวมทั้งสารอันตรายชนิดอื่นที่พบในปริมาณมากเช่นกันคือ กลุ่มโบรมีน (Brominated flame retardants) โพลีไวนิลคลอไรด์ (Polyvinyl chloride-PVC) โพลีคลอรีเนตไบฟีนิล (Polychlorinated biphenyls-PCBs) ไตรฟีนิลฟอสเฟต (Triphenyl phosphate-TPP) โนนิลฟีนอล (Nonylphenol-NP) และโพลีคลอรีเนตเต็ดแนฟทาซีน (Polychlorinated naphthalene-PCNs) สารไดออกซิน (Dioxins) และฟิวแรน (Furans) ที่สามารถปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมได้⁽²⁾ ดังนั้น กระบวนการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่กระบวนการเก็บรวบรวม การขนส่งและการรีไซเคิล⁽³⁾ จะนำไปสู่การปนเปื้อนของสารดังกล่าวในสิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบต่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิตในที่สุด ร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์เป็นกิจการหนึ่งที่ยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ไว้ในพื้นที่การทำงาน เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ยังเป็นปัญหาและส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุและเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้น สถานการณ์ด้านสุขภาพที่พบในร้านรับซื้อของเก่าหรือรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ผลการศึกษาของ โสมศิริ เดชารัตน์⁽⁴⁾ พบว่าปัญหาสุขภาพของคนงานในร้านรับซื้อของเก่า จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 79 คน มีอาการไอ ร้อยละ 74.7 มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 70.9 มีอาการระคายเคืองจมูก ร้อยละ 62.0 ตามลำดับ และผลกระทบต่อสุขภาพด้านอื่นๆ⁽⁵⁾ ดังนั้นการสร้างจิตสำนึกแห่งความปลอดภัยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ประเทศญี่ปุ่นได้ใช้หลักการ 5 ส. เป็นกิจกรรมการปรับปรุงการทำงานด้วยการดำเนินการตามหลักการ “สะสาง (Seiri) สะดวก (Seiton) สะอาด (Seriso) สุขลักษณะ (Seiketsu) และสร้างนิสัย (Shitsuke)” ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁻⁸⁾ และนับเป็นเครื่องมือตัวแรกที่ถูกนำมาใช้ก่อนที่จะใช้เครื่องมือระดับสูงขึ้นไป มีงานวิจัยหลายชิ้นที่มีการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรม 5 ส. เช่น งานวิจัยหลายชิ้นรายงานถึงระดับการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. ของพนักงาน^(7,9-10) และรายงานว่าปัจจัยด้านอายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และสังกัดแผนกต่างกัน มีระดับการเสริมสร้างความปลอดภัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁹⁾ ขณะเดียวกันมีงานวิจัยหลายชิ้นที่มีการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อลดการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจากการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(10,11) ผลจากการลงสำรวจพื้นที่เบื้องต้นพบว่าบริษัทและสภาพแวดล้อมของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ยังมีข้อบกพร่องในการจัดการด้านสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน เช่น บริเวณร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์มีการเก็บสะสม

ขยะอิเล็กทรอนิกส์จำนวนมากทำให้เกิดขวางทางเข้าออกและการทำงานของพนักงาน รวมทั้งหลายๆ ร้านไม่มีการแยกพื้นที่การทำงานและพื้นที่พักผ่อนหรือพักรับประทานอาหารเที่ยง ซึ่งสภาพแวดล้อมดังกล่าวพนักงานคิดเห็นว่าเป็นเรื่องปกติและมีคุ้นชินกับสภาพแวดล้อมดังกล่าว

ดังนั้นในการศึกษารั้วนี้ คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีวัตถุประสงค์ศึกษาปัญหาและส่งเสริมพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. โดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานตามหลักการ 5 ส. ในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้พนักงานมีความตระหนักในการทำงานที่ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของ ผลต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมและหลักการ 5 ส. ในพนักงานที่ทำงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. ในพนักงานที่ทำงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยส่วนนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ตั้งในภาคใต้

การคำนวณและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยการสุ่มแบบเจาะจงร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ตั้งในพื้นที่อำเภอเมืองของทุกจังหวัด มีจำนวนทั้งหมด 212 ร้าน หลังจากนั้นใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซี และมอร์แกน⁽¹²⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น 5 % กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ

กลุ่มภาคใต้ตอนบน (ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี) เป็นตัวกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 ร้าน

กลุ่มภาคใต้ตอนกลาง (นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต กระบี่) เป็นตัวกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 ร้าน

กลุ่มภาคใต้ตอนล่าง (ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล) เป็นตัวกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 ร้าน

กลุ่มจังหวัดชายแดน (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) เป็นตัวกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ร้าน

รวมร้านรีไซเคิลทั้งหมด 136 ร้าน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ

- 1) กำลังเปิดดำเนินการและมีคนงาน 2 คนขึ้นไป
- 2) มีกิจกรรมการถอดชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์
- 3) เป็นร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ ที่ตั้งในพื้นที่ภาคใต้ และอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองของแต่ละจังหวัด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ในการประชุมเชิงปฏิบัติการจะคัดเลือกจากร้านรีไซเคิล 136 ร้าน โดยผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยประมาณจากจำนวนประชากรร้าน 136 ร้าน ซึ่งเป็นประชากรหลักร้อย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมประมาณ 15-30% ดังนั้น จำนวนร้านรีไซเคิลที่เข้าร่วมจำนวน 55 ร้าน หลังจากนั้นจะคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 55 ร้าน ที่ยินยอมเข้าโครงการวิจัย ซึ่งในการประชุมเชิงปฏิบัติการจะทำการรับสมัครพนักงานที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติ มีคุณสมบัติคือเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสิ้น โดยแกนนำ/หรืออาสาสมัครคนงานที่ทำงานในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ เป็นตัวแทนจากร้านละ 2-3 คนจาก จำนวน 55 ร้าน รวมพนักงานที่เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 159 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ มีจำนวน 12 ข้อ
- 2) แบบสอบถามระดับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของขยะอิเล็กทรอนิกส์ และผลต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (20 ข้อ)
- 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการจัดการ 5 ส. (20 ข้อ)

การวัดความรู้ (ถูก=1, ผิด=0) แปลผลเป็น 3 ระดับ ประยุกต์จาก Bloom⁽¹³⁾ โดยการแปลผล คือ เหมาะสมน้อย ปานกลาง มาก โดยจะใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ร้อยละ 80 หรือมากกว่า แปลผลว่าเหมาะสมมาก ร้อยละ 60-79.99 แปลผลว่าเหมาะสมปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 แปลผลว่าเหมาะสมน้อย

วัดระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของพนักงานของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ตามหลักการ 5 ส. ให้คะแนน แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 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 (Interval scale) โดยได้แบ่งระดับขึ้นคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽¹³⁾ แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมความพร้อมทีมผู้วิจัยในการดำเนินงาน วิธีการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ และการจัดเตรียมสถานที่ เอกสารตลอดจนอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย
2. ประสานกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และประสานงานกับเจ้าของกิจการร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อกำหนดวันและเวลาในการจัดกิจกรรม
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทีมผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อวัดความรู้ และการปฏิบัติการจัดการ 5 ส. ในพนักงานที่ทำงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Pretest)
4. ทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการจัดการ 5ส. ในพนักงานที่ทำงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทดลอง 3 ครั้ง ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้
ครั้งที่ 1 วันที่ 6 พฤษภาคม 2564 โดยทำกิจกรรมการบรรยาย ประกอบวีดิทัศน์ ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของขยะอิเล็กทรอนิกส์ และผลต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนส่งและการกำจัดขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ปลอดภัยในการทำงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรคร่วมกัน และการแจกเอกสาร แผ่นพับความรู้ ระยะเวลา 8 ชั่วโมง
ครั้งที่ 2 วันที่ 7 พฤษภาคม 2564 จัดกิจกรรมคนงานได้ทดลองปฏิบัติการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเพิ่มทักษะในการทำงานรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ปลอดภัย และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยกิจกรรมตรวจเยี่ยม รับฟังความคิดเห็น รับทราบปัญหาในการปฏิบัติ และให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ระยะเวลา 8 ชั่วโมง
ครั้งที่ 3 วันที่ 14 พฤษภาคม 2564 จัดกิจกรรมคนงานได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในการทำงานรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ปลอดภัย ผู้วิจัยให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยกิจกรรมตรวจเยี่ยม รับฟังความคิดเห็น รับทราบปัญหาในการปฏิบัติ และให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ระยะเวลา 8 ชั่วโมง
กลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการนำรูปแบบการปฏิบัติ/โครงการ/กิจกรรมที่ส่งเสริมการดำเนินการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ ไปดำเนินการในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ของตนเองหรือในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อสังเกตการปฏิบัติการจัดการ 5 ส. หลังการทดลอง 3 เดือนและนำแบบสอบถามไปให้พนักงานที่ทำงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ ทำหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Posttest) จำนวน 3 ครั้ง เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการจัดการ 5 ส. หลังการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการของพนักงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเปรียบเทียบ Pair t-test และสถิติการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple linear regression statistics)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของพนักงานในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์

ผลการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของพนักงานจำนวน 159 คน ที่ทำงานในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ 55 แห่ง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย มีจำนวน 150 คน (ร้อยละ 94.30) มีสถานภาพสมรส จำนวน 147 คน (ร้อยละ 92.50) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 85 คน (ร้อยละ 53.50) มีประวัติเป็นโรคภูมิแพ้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ จำนวน 85 คน (ร้อยละ 53.50) มีจำนวน 136 คน (ร้อยละ 85.50) สูบบุหรี่ และมีจำนวน 100 คน (ร้อยละ 62.90) ตี๋มแอลกอฮอล์ เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน จำนวน 120 คน (ร้อยละ 75.50) รูปแบบการทำงานของพนักงานกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีชั่วโมงการทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 142 คน (ร้อยละ 89.30) และมีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 10.70) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 139 คน (ร้อยละ 87.40) มีวันทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ และมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 12.60) มีวันการทำงานมากกว่า 6 วันต่อสัปดาห์ สำหรับระยะเวลาการทำงาน (ปี) พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน (ร้อยละ 86.80) มีระยะเวลาการทำงานน้อยกว่า หรือเท่ากับ 23 ปี และมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน (ร้อยละ 13.20) มีระยะเวลาการทำงานมากกว่า 23 ปี (เฉลี่ย 23 ปี) ตามลำดับ มีจำนวน 138 คน (ร้อยละ 86.80) เคยได้ยิน หรือ รู้จักกิจกรรม 5ส.

2. ผลการสำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์

ผลการสำรวจร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 55 ร้าน พบว่าประเด็นที่มีการจัดการด้านสุขาภิบาลบกพร่องมากที่สุด 6 อันดับแรก คือ 1) ประเด็นการจัดวางเครื่องมือเครื่องใช้เฉพาะที่ไม่กีดขวางทางเดิน และตั้งอยู่ในบริเวณที่ปลอดภัยไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีจำนวน 25 ร้าน (ร้อยละ 45.50) มีการจัดการที่ไม่เหมาะสม 2) ประเด็นการจัดเก็บวัสดุที่เป็นอันตรายให้เหมาะสม มีจำนวน 21 ร้าน (ร้อยละ 38.20) มีการจัดการที่ไม่เหมาะสม 3) ประเด็นการจัดเก็บวัสดุที่ติดไฟง่าย มีจำนวน 21 ร้าน (ร้อยละ 38.20) มีการจัดการที่ไม่เหมาะสม 4) ประเด็นการกองวัสดุมีความสูงเหมาะสมเป็นไปตามข้อกำหนด มีการกองวัสดุ มีจำนวน 18 ร้าน (ร้อยละ 32.70) มีการจัดการที่ไม่เหมาะสม 5) ประเด็นการควบคุมความสูงของกองวัสดุมีความเหมาะสมเป็นไปตามข้อกำหนด มีจำนวน 18 ร้าน (ร้อยละ 32.70) มีการจัดการที่ไม่เหมาะสม และ 6) ประเด็นการคัดแยกและจัดเก็บวัสดุที่รับซื้อตามหมวดหมู่ มีจำนวน 17 ร้าน

(ร้อยละ 30.90) มีการจัดการที่ไม่เหมาะสม ตามลำดับ สำหรับประเด็นที่พบว่ามีจัดการเหมาะสม 5 อันดับแรก คือ 1) ประเด็นพื้นสำหรับกองวัสดุรีไซเคิลมีสภาพดี มีจำนวน 54 ร้าน (ร้อยละ 98.20) มีการจัดการเหมาะสม 2) ประเด็นร้านรับซื้อของเก่ามีรั้วรอบที่ท่าจากวัสดุที่คงทน หรือมีการปลูกต้นไม้รอบสถานประกอบการ มีจำนวน 50 ร้าน (ร้อยละ 90.90) มีการจัดการเหมาะสม 3) ประเด็นร้านมีการแสดงใบอนุญาตของร้านรับซื้อของเก่า มีจำนวน 49 ร้าน (ร้อยละ 89.10) มีการจัดการเหมาะสม 4) ประเด็นร้านมีป้ายไม่รับซื้อของที่ผิดกฎหมาย มีจำนวน 48 ร้าน (ร้อยละ 87.30) มีการจัดการเหมาะสม และ 5) ประเด็นการจัดองค์ประกอบต่างๆ ภายในร้านรับซื้อของเก่า ตามความจำเป็นในการใช้งานได้อย่างเหมาะสมตามขนาดของพื้นที่ มีจำนวน 47 ร้าน (ร้อยละ 94.50) มีการจัดการเหมาะสม ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมทั่วไปของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ (n=55)

สภาพแวดล้อมทั่วไปของร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์	สภาพแวดล้อมของร้าน จำนวน (ร้อยละ)	
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
1. ทางเข้า-ออก มีขนาดกว้าง เข้าออกสะดวกแก่การขนส่งและเหตุฉุกเฉิน	45 (81.80)	10 (18.20)
2. โครงสร้างอาคารมีลักษณะคงทน ถาวร	44 (80.00)	11 (20.00)
3. พื้นสำหรับกองวัสดุรีไซเคิลมีสภาพดี	54 (98.20)	1 (1.80)
4. ร้านรับซื้อของเก่ามีรั้วรอบที่ท่าจากวัสดุที่คงทน หรือมีการปลูกต้นไม้รอบสถานประกอบการ	50 (90.90)	5 (9.10)
5. มีการจัดองค์ประกอบต่างๆ ภายในร้านรับซื้อของเก่าตามความจำเป็นในการใช้งานได้อย่างเหมาะสมตามขนาดของพื้นที่	47 (94.50)	3 (5.50)
6. มีการจัดวางเครื่องมือเครื่องใช้เฉพาะที่ไม่กีดขวางทางเดินตั้งอยู่ในบริเวณที่ปลอดภัยไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	30 (54.50)	25 (45.50)
7. มีการแสดงใบอนุญาตของร้านรับซื้อของเก่า	49 (89.10)	6 (10.90)
8. มีป้ายไม่รับซื้อของที่ผิดกฎหมาย	48 (87.30)	7 (12.70)
9. การคัดแยกและจัดเก็บวัสดุที่รับซื้อตามหมวดหมู่	38 (69.10)	17 (30.90)
10. มีป้ายบอกประเภทวัสดุรีไซเคิลที่รับซื้อ ตามหมวดหมู่ที่จัดเก็บ	47 (85.50)	8 (14.50)
11. การกองวัสดุมีความสูงเหมาะสม เป็นไปตามข้อกำหนด	37 (67.30)	18 (32.70)
12. การจัดเก็บวัสดุที่เป็นอันตรายให้เหมาะสม	34 (61.80)	21 (38.20)
13. การจัดเก็บวัสดุที่ติดไฟง่าย	34 (61.80)	21 (38.20)

3. เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับขยะอิเล็กทรอนิกส์และความรู้ในการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ของพนักงานก่อนหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส.

จากการเก็บแบบสอบถามเพื่อวัดระดับความรู้ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความเข้าใจและมีความตระหนักถึงพิษภัยของขยะอิเล็กทรอนิกส์ (20 ข้อ) 2) ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (20 ข้อ) และ 3) ความรู้ในการปฏิบัติตนและสุขลักษณะในการคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนส่งและการกำจัดขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ปลอดภัย (20 ข้อ) จากผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 159 คน ผลการศึกษารายงานเป็นระดับคะแนนเฉลี่ย และแปลผลดังรายละเอียดดังนี้

ภาพรวมพบว่าการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มพนักงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความเข้าใจและมีความตระหนักถึงพิษภัยของขยะอิเล็กทรอนิกส์ เท่ากับ 10.15 (SD=1.90) (ระดับปานกลาง) และภายหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ มีระดับคะแนนเท่ากับ 14.06 (SD=2.22) (ระดับปานกลาง) พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001

ภาพรวมพบว่าการประชุมเชิงปฏิบัติ กลุ่มพนักงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 11.37 (SD=1.98) (ระดับปานกลาง) และภายหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ มีระดับคะแนนเท่ากับ 14.31 (SD=2.19) (ระดับปานกลาง) พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001

ภาพรวมพบว่าการประชุมเชิงปฏิบัติ กลุ่มพนักงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านหลักการ 5 ส. เท่ากับ 11.98 (SD=1.91) (ระดับปานกลาง) และภายหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ มีระดับคะแนนเท่ากับ 14.17 (SD=2.12) (ระดับปานกลาง) พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยจัดกิจกรรมให้คนงานได้ทดลองปฏิบัติการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและ เพิ่มทักษะในการทำงานรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ปลอดภัย พบว่ารูปแบบกิจกรรมที่คนงานร่วมนำเสนอเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานสุขาภิบาลที่เหมาะสมและการทำงานที่ปลอดภัยคือ

1) กิจกรรมการจัดสภาพแวดล้อมพื้นที่การทำงานให้มีระเบียบเรียบร้อย แบ่งสัดส่วนการทำงานกับพื้นที่การพักผ่อนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและลดการรับสัมผัสสารเคมีจากการทำงาน เนื่องผลการศึกษพบว่าร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ส่วนมากไม่มีการจัดเก็บวัสดุที่เป็นอันตรายให้เหมาะสม มีการกองวัสดุมีความสูงไม่เหมาะสมและไม่เป็นไปตามข้อกำหนด รวมทั้งมีการจัดวางเครื่องมือเครื่องใช้เฉพาะที่ไม่กีดขวางทางเดินตั้งอยู่ในบริเวณที่ปลอดภัยไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2) กิจกรรมการล้างมือที่ถูกสุขลักษณะ การล้างมือวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอนด้วยสบู่และน้ำ นานอย่างน้อย 20 วินาที ก่อนรับประทานอาหาร สุกสุหน้ หยิบแ้วน้ำ เป็นต้น เนื่องผลการศึกษาพบว่าคนงานพักรับประทานอาหารทันที โดยไม่ทำความสะอาดมือด้วยสบู่หรือน้ำยาอื่นๆ

3) กิจกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่ถูกต้อง สะอาด และปลอดภัย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้และการปฏิบัติในการจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ของพนักงานก่อนหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. (n=159)

ระดับความรู้	ก่อนการประชุม		หลังการประชุม		p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนเฉลี่ย (SD)	
พิษภัยของขยะอิเล็กทรอนิกส์ (20 ข้อ)					
สูง (>16 คะแนน; >80%)	14 (8.81)	16.17 (2.19)	89 (56.00)	18.17 (2.07)	
ปานกลาง (10-16; 50-80%)	86 (54.09)	10.01 (2.10)	44 (27.67)	14.08 (2.47)	
น้อย (<10 คะแนน; <50%)	59 (37.10)	4.29 (1.41)	26 (16.33)	9.94 (2.11)	
ระดับคะแนนเฉลี่ย (SD)	10.15 (1.90)	ระดับปานกลาง	14.06 (2.22)	ระดับปานกลาง	<0.001
ผลต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (20 ข้อ)					
สูง (>16 คะแนน; >80%)	29 (18.24)	16.41 (2.31)	49 (30.82)	18.05 (2.24)	
ปานกลาง (10-16; 50-80%)	38 (23.90)	11.41 (2.41)	89 (55.97)	14.95 (2.20)	
น้อย (<10 คะแนน; <50%)	92 (57.86)	6.28 (1.21)	21 (13.21)	9.94 (2.14)	
ระดับคะแนนเฉลี่ย (SD)	11.37 (1.98)	ระดับปานกลาง	14.31 (2.19)	ระดับปานกลาง	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับหลักการ 5 ส. (20 ข้อ)					
สูง (>16 คะแนน; >80%)	17 (10.69)	16.30 (2.23)	81 (50.94)	17.22 (2.54)	
ปานกลาง (10-16; 50-80%)	30 (18.87)	13.32 (2.07)	49 (30.82)	15.31 (2.63)	
น้อย (<10 คะแนน; <50%)	112 (70.44)	6.31 (1.43)	29 (18.24)	9.97 (1.19)	
ระดับคะแนนเฉลี่ย (SD)	11.98 (1.91)	ระดับปานกลาง	14.17 (2.12)	ระดับปานกลาง	<0.001

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในการจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ของพนักงานก่อนหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานตามหลักการ 5 ส.

ภาพรวมพบว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ โดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. กลุ่มพนักงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ มีระดับคะแนนเฉลี่ย (SD) **ด้านสะอาด** มีระดับคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติเท่ากับ 10.47 (SD=1.85) (ระดับปานกลาง) และภายหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ พบว่ามีระดับคะแนนเท่ากับ 14.15 (SD=2.20) (ระดับปานกลาง) พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001 **ด้านสะดวก** มีระดับคะแนนเท่ากับ 10.33 (SD=1.82) (ระดับปานกลาง) และภายหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ พบว่ามีระดับคะแนนเท่ากับ 14.21 (SD=2.14) (ระดับปานกลาง) พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001 **ด้านสะอาด** มีระดับคะแนนเท่ากับ 9.76 (SD=1.85) (ระดับน้อย) และภายหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ พบว่ามีระดับคะแนนเท่ากับ 14.33 (SD=2.14) (ระดับปานกลาง) พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001 **ด้านสุขลักษณะ** มีระดับคะแนนเท่ากับ 9.74 (SD=1.82) (ระดับน้อย) และภายหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ พบว่ามีระดับคะแนนเท่ากับ 14.21 (SD=2.16) (ระดับปานกลาง) พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001 และ**ด้านสร้างนิสัย** มีระดับคะแนนเท่ากับ 9.70 (SD=1.96) (ระดับน้อย) และภายหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติ พบว่ามีระดับคะแนนเท่ากับ 14.27 (SD=2.14) (ระดับปานกลาง) พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.001 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ของพนักงานก่อนหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. (n=159)

พฤติกรรมการปฏิบัติ กิจกรรม 5 ส.	ก่อนการประชุม		หลังการประชุม		p-value
	จำนวน	ระดับคะแนน	จำนวน	ระดับคะแนน	
	(ร้อยละ)	เฉลี่ย (SD)	(ร้อยละ)	เฉลี่ย (SD)	
ด้านสะอาด					
สูง (>16 คะแนน; >80%)	13 (8.20)	16.20 (2.27)	78 (49.10)	17.98 (2.27)	
ปานกลาง (10-16; 50-80%)	35 (22.00)	11.12 (2.05)	57 (35.80)	15.48 (2.25)	
น้อย (<10 คะแนน; <50%)	111 (69.80)	4.09 (1.23)	24 (15.10)	8.99 (2.09)	
ระดับคะแนนเฉลี่ย (SD)	10.47 (1.85)	ระดับปานกลาง	14.15 (2.20)	ระดับปานกลาง	<0.001

ตารางที่ 3 (ต่อ) เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ของพนักงานก่อนหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. (n=159)

พฤติกรรมกาปฏิบัติ กิจกรรม 5 ส.	ก่อนการประชุม		หลังการประชุม		p-value
	จำนวน	ระดับคะแนน	จำนวน	ระดับคะแนน	
	(ร้อยละ)	เฉลี่ย (SD)	(ร้อยละ)	เฉลี่ย (SD)	
ด้านสะดวก					
สูง (>16 คะแนน; >80%)	19 (11.90)	16.08 (2.20)	75 (47.20)	18.58 (2.22)	
ปานกลาง (10-16; 50-80%)	42 (26.40)	10.05 (1.98)	36 (22.60)	14.45 (2.20)	
น้อย (<10 คะแนน; <50%)	98 (61.70)	4.87 (1.29)	48 (30.20)	9.59 (2.01)	
ระดับคะแนนเฉลี่ย (SD)	10.33 (1.82)	ระดับปานกลาง	14.21 (2.14)	ระดับปานกลาง	<0.001
ด้านสะอาด					
สูง (>16 คะแนน; >80%)	31 (19.50)	16.01 (2.25)	87 (54.70)	18.15 (2.21)	
ปานกลาง (10-16; 50-80%)	69 (43.40)	10.05 (1.99)	60 (37.70)	15.25 (2.20)	
น้อย (<10 คะแนน; <50%)	59 (37.10)	3.23 (1.30)	12 (7.60)	9.59 (2.02)	
ระดับคะแนนเฉลี่ย(SD)	9.76 (1.85)	ระดับน้อย	14.33 (2.14)	ระดับปานกลาง	<0.001
ด้านสุขลักษณะ					
สูง (>16 คะแนน; >80%)	28 (17.60)	16.05 (2.14)	75 (47.20)	18.24 (2.15)	
ปานกลาง (10-16; 50-80%)	62 (39.00)	10.05 (2.01)	55 (34.60)	14.98 (2.22)	
น้อย (<10 คะแนน; <50%)	69(43.40)	3.12(1.32)	29(18.20)	9.42(2.11)	
ระดับคะแนนเฉลี่ย(SD)	9.74 (1.82)	ระดับน้อย	14.21 (2.16)	ระดับปานกลาง	<0.001
ด้านสร้างนิสัย					
สูง (>16 คะแนน; >80%)	34 (21.40)	16.01 (2.13)	58 (36.50)	18.30 (2.18)	
ปานกลาง (10-16; 50-80%)	52 (32.70)	10.00 (2.25)	67 (42.10)	15.32 (2.14)	
น้อย (<10 คะแนน; <50%)	73 (45.90)	3.10 (1.50)	34 (21.40)	9.50 (2.10)	
ระดับคะแนนเฉลี่ย(SD)	9.70 (1.96)	ระดับน้อย	14.27 (2.14)	ระดับปานกลาง	<0.001
ภาพรวม	10.00 (1.86)	ระดับปานกลาง	14.23 (2.16)	ระดับปานกลาง	<0.001

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (ตารางที่ 4) ผลการศึกษาพบว่าอิทธิพลเชิงบวกของการเพิ่มความรู้มีผลต่อคะแนนการปฏิบัติ กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของพนักงานที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงกับพนักงานที่มีคะแนนความรู้เฉลี่ยต่ำกว่า พบว่าผู้ที่มีความรู้สูงกว่าจะแสดงคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติที่ดีขึ้น

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. โดยเฉลี่ยในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์

ปัจจัย	Pearson's R	Adj R ²	B	95% CI for B	p-value
ความรู้	0.459	0.052	35.912	29.010- 38.612	<0.05
พฤติกรรมการปฏิบัติ 5 ส.	0.584	0.060	34.699	24.120-38.758	<0.05
ความรู้*พฤติกรรม	0.424	0.052	0.478	0.352-0.435	<0.05

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของขยะอิเล็กทรอนิกส์ ผลต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม และหลักการ 5 ส. หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่สอดคล้องตามหลักการ 5 ส. พบว่าระดับความรู้ของพนักงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพัฒน์ ขวัญเจริญ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาการจัดทำการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในกลุ่มพนักงานขนมูลฝอย จำนวน 45 คน ผลการปรับปรุงความรู้ด้วยการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้กับกลุ่มพนักงาน ส่งผลให้พนักงานมีความรู้ในระดับดีมาก เพิ่มขึ้นร้อยละ 53.33 เช่นเดียวกับการศึกษาของสุปรีย์ เดชา และสมคิด ปรายภัย⁽¹¹⁾ ได้รายงานผลการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอย เทศบาลตำบลบาง เมือง จังหวัดสมุทรปราการ หลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอย พนักงานทั้งหมดมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง และการบาดเจ็บจากถูกของมีคม ในขณะที่ปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยลดลง

ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการจัดการ 5 ส. ในพนักงานที่ทำงานร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ พบว่าโดยภาพรวมพนักงานมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ บัวขาว⁽⁹⁾ ที่ได้รายงานว่าการปฏิบัติงานมีระดับการปฏิบัติ

กิจกรรม 5ส. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. พบว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. ของพนักงาน ได้แก่ ด้านสะอาด ด้านสะดวก ด้านสะอาด ด้านสุขลักษณะ และด้านสร้างนิสัย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และหลังการปรับปรุงประสิทธิภาพความปลอดภัยด้วยโปรแกรม 5 ส. ได้มีการดำเนินการเพื่อปรับปรุงความเป็นระเบียบเรียบร้อย กิจกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นได้เนื่องจากการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสัญญาส่วนบุคคล ทำให้จำนวนอุบัติเหตุของพนักงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05⁽¹⁵⁾ ในการศึกษาครั้งนี้มีการใช้โปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. ในกระบวนการวิจัยผู้วิจัยได้สร้างแรงกระตุ้นและส่งเสริมให้พนักงานได้ร่วมขับเคลื่อนและมีส่วนร่วมโดยให้พนักงานด้วยกันมีการติดตามกระตุ้นเตือนซึ่งกันและกันซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พนักงานมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการสร้างแรงสนับสนุนของผู้บริหาร รูปแบบการมีส่วนร่วมของพนักงาน ขุดกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ และการจัดการด้านกระบวนการ ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วม ค้นหา แนวทางการแก้ปัญหา การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่ง^(16,17)

ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยของพนักงานที่คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้สูงกับพนักงานที่มีคะแนนความรู้เฉลี่ยต่ำกว่า พบว่าผู้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าจะแสดงคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ohajinwa CM et al.^(18,19) ได้รายงานว่าการรู้ ทักษะ และระดับการปฏิบัติของพนักงานมีความสัมพันธ์กับปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ สถานที่ เชื้อชาติ ตำแหน่งงาน และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) และผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลเชิงบวกของการเพิ่มความรู้และทัศนคติมีผลต่อคะแนนการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rhaffo et al.⁽⁶⁾ ที่พบว่าการจัดการความปลอดภัยในการทำงานตามหลักการ 5ส. มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมากกับประสิทธิภาพการจัดการความปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Harea CV et al.⁽⁸⁾ ที่รายงานว่าการ 5 ส. มีความสำคัญมากและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพโดยรวมของผลลัพธ์การผลิต เช่นเดียวกับแนวคิดของ Ismara & Prianto⁽²⁰⁾ ที่ยืนยันว่าความเคยชินเป็นสิ่งจำเป็นหากเราคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีที่สุด นอกจากนี้กิจกรรม 5 ส. มีความเหมาะสมที่จะใช้เป็นเครื่องมือพื้นฐานอันจะนำไปสู่การพัฒนาการทำงานที่ปลอดภัยในร้านรีไซเคิลอิเล็กทรอนิกส์ต่อไป⁽²¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. อย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยเน้นให้มีการกระตุ้นเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปรับปรุงการทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. ต่อไป

3. ควบคู่ศึกษาในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงการทำงานทำงานที่ปลอดภัยตามหลักการ 5 ส. เพื่อสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการทำงานที่ปลอดภัยในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าของกิจการร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์และพนักงานทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตอบแบบสอบถามและร่วมกิจกรรมประชุมเชิงการเป็นอย่งดียิ่ง ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี งานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ โดยมหาวิทยาลัยทักษิณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณสำหรับการสนับสนุนให้โครงการวิจัยบรรลุผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา วาสนาดำรงดี, ปณิตตา ตันวัฒนะ, ศีลาจุฑา ดำรงศิริ. การสำรวจผลกระทบสิ่งแวดล้อมของชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ที่ประกอบอาชีพถอดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2558; 11(2):5-23.
2. Office of Emergency and Remedial Response, U.S. Environmental Protection Agency. Risk Assessment Guidance for Superfund Volume I Human Health Evaluation Manual (Part A) Interim Final [Internet]. 1989 [cited 2021 April 1]. Available from: https://www.epa.gov/sites/production/files/2015-09/documents/rags_a.pdf
3. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ยุทธศาสตร์การจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์เชิงบูรณาการ (ฉบับที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2550) [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: http://infofile.pcd.go.th/haz/WEEE%20_Strategy.pdf
4. โสมศิริ เดชารัตน์. สุขภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงานของคนงานในร้านรับซื้อของเก่า จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2561; 10(35):10-20.
5. Decharat S, Kiddee P. Health Problems Among Workers Who Recycle Electronic Waste in Southern Thailand. Osong Public Health Res Perspect. 2020 Feb;11(1):34-43. doi: 10.24171/j.phrp.2020.11.1.06.

6. Rhaffora KA, Azizula NH, Jamiana R, Shukora JA. The Adoption of 5S Practice and its Impact on Safety Management Performance: A Case Study in a University Environment. *Journal of Occupational Safety and Health*. 2019; 16(1):9-17.
7. Randhawa JS, Ahuja IS. Evaluating impact of 5S implementation on business performance. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2017; 66(7): 948-78.
8. Harea C V, Marian L, Moica S, Al-Akel K. Case study concerning 5S method impact in an automotive company. *Procedia Manufacturing*. 2018; 22:900-5.
9. เพ็ญจันทร์ บัวขาว. การปฏิบัติกิจกรรม 5ส และการเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน บริษัท คอมพาร์ท พรินซ์ (ประเทศไทย) จำกัด. *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*. 2558; 9(1):75-82.
10. ธนจุจ กิจจาธิป, ณัฐวุฒิ โรจน์นฤตติกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรม 5ส กับการลดความสูญเสีย 7 ประการ ในกระบวนการผลิตของโรงงานน้ำตาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารเศรษฐศาสตร์และกลยุทธ์การจัดการ*. 2562; 6(2):91-102.
11. สุปรีดี เดชา, สมคิด ปรามภัย. ประสิทธิภาพโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในพนักงานเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารควบคุมโรค*. 2561; 44(1):30-7.
12. Krejcie RV, Morgan DW. "Determining Sample Size for Research Activities". *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30(3):607-10.
13. Bloom B. *Mastery learning*. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
14. ระพีพัฒน์ ขวัญเจริญ, ชาลินี ชีวะกุล, บุญยวีร์ย์ แทนเดช, สุพนิดา นุ่มหมอก, เปรมยุดา จินาทิตย์, สิริญากร พิงแพง, และคณะ. การปรับปรุงกระบวนการทำงานและพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัยของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองลาดสวาย. *วารสารวิจัยวิชาการ*. 2564; 4(1):121-30.
15. Leino A, Heinonen R, Kiurula M. IMPROVING SAFETY PERFORMANCE THROUGH 5S PROGRAM. *Proceedings IGLC-22, June 2014 | Oslo, Norway*
16. พวงผกา สุริวรรณ. รูปแบบการส่งเสริมการใช้ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของผู้ใช้แรงงาน ในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540.

17. ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล, เบ็ญจา เตากล่ำ, เนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ. การจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืนในโรงงานอุตสาหกรรม กรณีศึกษาโรงงานในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2556;(19)1:42-56.
18. Ohajinwa CM, van Bodegom PM, Vijver MG, et al Prevalence and injury patterns among electronic waste workers in the informal sector in Nigeria. Injury Prevention. 2018; 24:185-92.
19. Ohajinwa CM, Van Bodegom PM, Vijver MG, Peijnenburg WJGM. Health Risks Awareness of Electronic Waste Workers in the Informal Sector in Nigeria. Int J Environ Res Public Health. 2017 Aug 13;14(8):911. doi: 10.3390/ijerph14080911.
20. Ismara I, Prianto E. Bagaimanakah agar Laboratorium dan Bengkel Pendidikan Vokasi menjadi NYAMAN, SELAMAT, dan SEHAT?. Yogyakarta: UNY Press 2017.
21. Ismara I, Prianto E. Bagaimanakah agar laboratorium dan bengkel pendidikan vokasi menjadi nyaman, selamat dan sehat? Documentation. Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah, Yogyakarta; 2017.
22. Grover J. 5S Workplaces: When Safety and Lean Meet [Internet]. 2012 [cited 2021 April 1]. Available from: <https://www.ehstoday.com/safety/article/21915202/5s-workplaces-when-safety-and-lean-meet>

ผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

จุไรรัตน์ ทุมนันท์, พ.บ.^a

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเชิงรุกด้วยการส่งแบบประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชน ให้เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง 2 รอบ คือ เมื่อเริ่มต้นศึกษา และเมื่อติดตามผล 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon sign-ranked test และ Pearson chi-squared test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 61.14 อายุเฉลี่ย 52.40 ± 14.79 ปี ก่อนการทดลองมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 34.29 หลังการทดลองเหลือร้อยละ 13.71 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) ร้อยละ 13.33 ซึ่งได้ส่งให้พยาบาลจิตเวชประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พร้อมส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษา เมื่อติดตามผลการรักษาพบผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย ลดลงเหลือร้อยละ 5.00 ดังนั้น การที่ทุกครัวเรือนมีคนที่สามารถเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าตามแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ทำให้สามารถคัดกรองผู้ที่มีอาการซึมเศร้า หรือผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่กระบวนการรักษาและสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในชุมชน

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง; ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า; เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตระการพืชผล อุบลราชธานี

^a Corresponding author : จุไรรัตน์ ทุมนันท์ Email : jurairatoomnan@gmail.com

รับบทความ: 3 มิ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 20 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 20 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 มิ.ย. 65

Effects of Self-Reported Monitoring Depression of People in Community at Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province

Jurairat Toomnan, MD^{*a}

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effects of self-reported monitoring depression of people in community at Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani province. A pretest-posttest design was used to collect data from the selected group. Participants self-administered an online two-item Patient Health Questionnaire (PHQ-2) as a measure for screening depression. After 3 months of treatment, additional questionnaire were administered for depression screening; the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ9), and the eight-question Diagnosis for Suicide (8Q) were used. Data analysis was performed by both descriptive statistics and inferential statistics using Wilcoxon sign-ranked test and Pearson chi-squared test. The results showed that 61.14 percent of the sample were female, the mean age was 52.40 ± 14.79 years. It was found that new case depression decreased significantly ($p < 0.001$) from 34.2 percent to 13.71 percent. There were 4.5 percent of depressed patients (PHQ-9 ≥ 7) who were sent to psychiatric nurses for suicide assessments, and consultation with a psychiatrist for treatment. It was found that after 3 months of treatment, the number of suicide patients decreased significantly ($p < 0.001$) to 5.00 percent (3 patients). Therefore, self-reporting and monitoring of depression increase the efficiency of screening and new case depression findings in a community.

Keywords : Self-reported monitoring depression; Depressive disorder; Depression screening tools

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Trakan Phuet Phon Hospital, Ubon Rachathani

^a Corresponding author : Jurairat Toomnan Email : jurairatoomnan@gmail.com

Received: Jun. 3, 22; Revised: Jun. 20, 22; Accepted: Jun. 20, 22; Published Online: Jun. 27, 22

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดห้วง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นจะเป็นอยู่นานโดยไม่มีที่ท่าว่าจะดีขึ้นจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างชัดเจน ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง พันธุกรรม ในครอบครัว ความเครียดในชีวิต บุคลิกภาพส่วนตัว โรคทางกายและยาบางชนิด^(1,2) โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ เศร้า ความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลง นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน ทำอะไรช้า พุดช้า รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป คิดอยากตายไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย จะมีอาการอยู่นาน ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป⁽³⁾ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 6.95 เป็นโรคซึมเศร้าวาระดับรุนแรงร้อยละ 14.29 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อยร้อยละ 10⁽⁴⁾ ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง ดังนั้นเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องค้นหา คัดกรอง ให้การช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสมต่อไป⁽⁵⁾

การเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในชุมชนเป็นวิธีการเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า โดยพบหลักฐานว่า การคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการคัดกรองที่เชื่อมโยงนำไปสู่การรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งการคัดกรอง จะช่วยให้เกิดการสื่อสารและการส่งต่อไปรับบริการที่เฉพาะเพิ่มมากขึ้น⁽²⁾ จากข้อมูลศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย พบว่ามีประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าต่ำ ปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 2.70, 2.48 และ 2.70 ตามลำดับ แม้ผู้เกี่ยวข้องจะพยายามหาวิธีเพิ่มอัตราส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับบริการรักษาให้เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ ดังนั้นควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินโรคซึมเศร้า⁽⁷⁾ และส่งเสริมให้ชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย⁽⁸⁾

โรงพยาบาลตระการพืชผล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 150 เตียง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคซึมเศร้า 4 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน จิตแพทย์ชุมชน 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน พยาบาลยาเสพติด 1 คน ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2564 มีผู้ประชาชนได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ร้อยละ 49.21, 52.34 และ 52.42 ประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ร้อยละ 0.16 , 0.22 และ 0.35 ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ร้อยละ 3.41 , 2.52 และ 4.04 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายคือได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) เนื่องจากระบบเดิมให้พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาให้โรงพยาบาล แต่ด้วยปัญหาภาระงานมากและอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ ทำให้การคัดกรองเพื่อส่งต่อผู้ป่วยต่ำกว่าเป้าหมาย

ผู้วิจัยตระหนักถึงสถานการณ์และปัญหาดังกล่าวจึงมุ่งศึกษาผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจะมีการคัดกรองโรคซึมเศร้าเชิงรุกด้วยตนเองโดยแบบประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชน ให้เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง เพราะเป็นเครื่องมือคัดกรองที่ง่าย ประชาชนสามารถประเมินด้วยตนเองและส่งต่อข้อมูลได้รวดเร็ว โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขภาคีเครือข่ายในพื้นที่ส่งต่อแบบประเมินออนไลน์และแนะนำวิธีการใช้งาน เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าและให้การช่วยเหลือทันทีตั้งแต่เริ่มมีอาการซึมเศร้า เมื่อพบอาการผิดปกติข้อมูลจะถูกส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และประสานโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลตามแนวทางรักษาของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

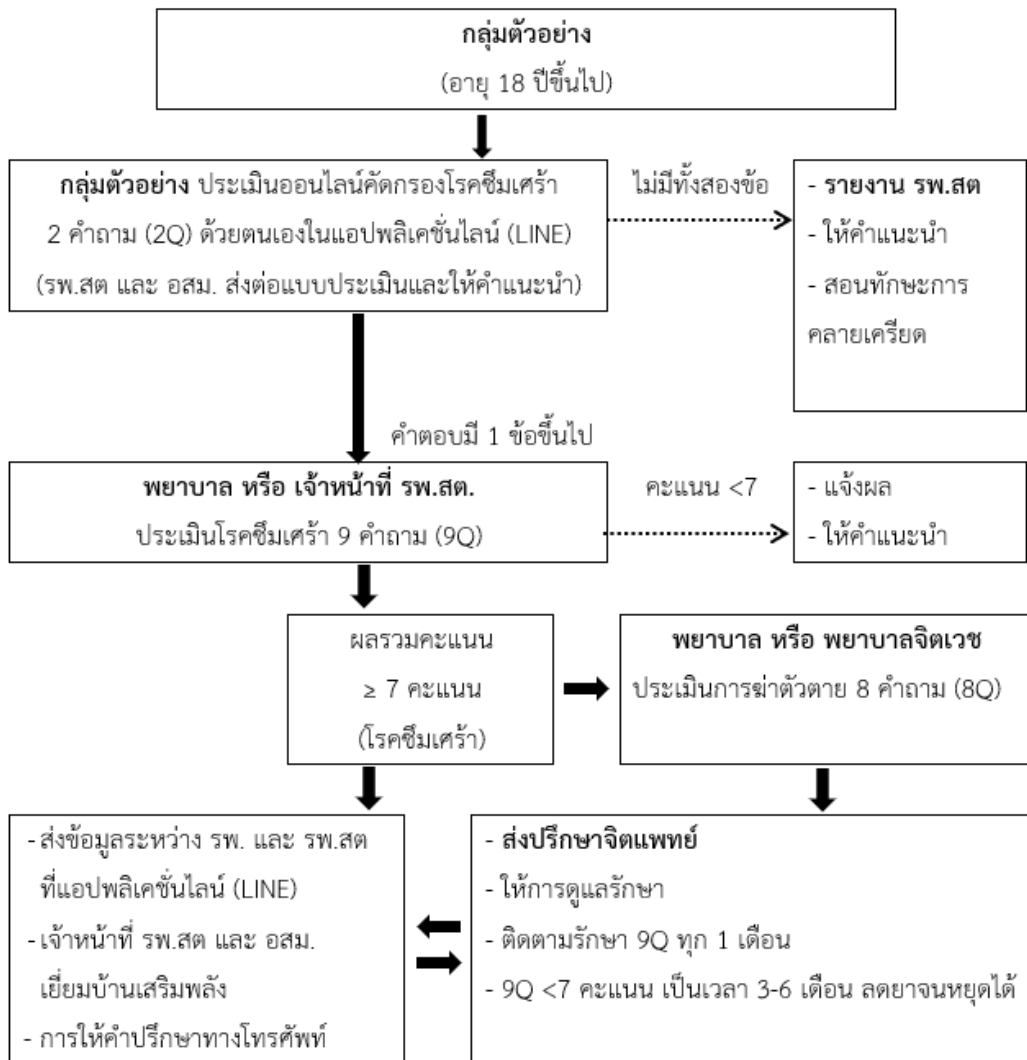
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของประชาชนอำเภอตระการพืชผล ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 513 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁹⁾ ผู้วิจัยทราบขนาดของประชากรเท่ากับ 513 ราย ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะเท่ากับ 175 คน คัดเลือกตัวอย่างเข้าศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ 1) ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป หลังคาเรือนละหนึ่งคน 2) มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 5) อยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน และ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการวิจัยได้

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยตามระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเชิงรุกของประชาชนอำเภอตระการพืชผล (ระบบใหม่) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง พฤศจิกายน 2564 ถึง มกราคม 2565 ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของประชาชนอำเภอตระการพืชผล

1. อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดสติกเกอร์แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประจำครอบครัวทุกหลังคาเรือน พร้อมส่งต่อแบบประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแนะนำวิธีการใช้งาน ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ให้ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในชุมชน (ภาพที่ 2)

**แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประจำครอบครัว
อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี**

ขอให้ท่านประเมินภาวะซึมเศร้า
โดยการสแกนคิวอาร์โค้ดบนมือถือ

กรุณากำหนดวงประเมินบนมือถือให้ตอบคำถามด้านล่างนี้
และส่งเอกสารให้กับอบ.ส.ประจำครอบครัวของท่าน

ชื่อ-สกุล.....อายุ

ที่อยู่.....

เบอร์โทร.....

เดิมเครื่องหมาย ☒ ไม่ช่องว่าง

ข้อที่ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมมีเนื้อนี้ เจ้ามีอาการรุมนี้บ

: อุกซิ่ง หงอย เชิง หนอย บ่เป็นตาอยู่ มีแต่อยากไ้

มี ☐ ไม่มี ☐

ข้อที่ 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมมีเนื้อนี้ เจ้ามีอาการรุมนี้บ

: บสนใจยัง บ่อยากเข็ดหยัง บ่มานบชิน

☐ ☐

จากคำถาม 2 ข้อ ข้างต้น

หากท่านตอบไม่ข้อใด 2 ข้อ คือ ว่า ปกติ ไม่เป็นโรคนีเศร้า

ถ้าท่านตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยง" หรือ "มีแนวโน้ม

ที่จะเป็นโรคนีเศร้า" ให้ประเมินด้วยแบบประเมิน โรคนีเศร้า 9Q

ปกติ ☐ เสี่ยง ☐

หากท่านประเมินท่านมีความเสี่ยงต่อการซึมเศร้าให้ติดต่อ อบ.ส.ประจำบ้านของท่านโดยทันที

ภาพที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประจำครอบครัว

2. ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปในชุมชนเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง ตามแบบประเมินออนไลน์ คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) 2 รอบ คือเมื่อเริ่มต้นศึกษาและเมื่อติดตามผล 3 เดือน

3. เมื่อพบอาการผิดปกติจะส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากพบว่าคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้า⁽¹²⁾ พร้อมสอนทักษะการคลายเครียด และออกเยี่ยมบ้านเสริมพลัง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยมาระยะเวลาหนึ่ง 3-6 เดือน แพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดยา Antidepressant drugs ลงประมาณ ร้อยละ 25-50 ของยาเดิมทุกๆ 2 สัปดาห์ จนกว่าหยุดยาได้ โดยติดตามผลการรักษาด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) น้อยกว่า 7 คะแนน ทุก 1 เดือน เป็นเวลา 3-6 เดือน

4. ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ระบบการรักษาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ สำหรับตอบด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล อาชีพ การศึกษาความพอเพียงของรายได้ ภาวะหนี้สิน โรคเรื้อรัง และจำนวนครั้งนอนรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) เพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าสำหรับตอบด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) โดยคำตอบมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี-ให้ 0 คะแนน มี-ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า โดยผ่านการทดสอบคุณภาพมีความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 ความจำเพาะร้อยละ 44.6 แต่ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า มี จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1 สามารถนำไปค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในชุมชนได้⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 3 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เพื่อช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรงโรคซึมเศร้า เป็นการประเมินเพื่อเป็นการบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้น ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ และอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถาม ถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้า ภายใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย-ให้ 0 คะแนน มีเป็นบางวัน-ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อย-ให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน-ให้ 3 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ ดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า, 7-12 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย, 13-18 คะแนน หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง, และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยผ่านการทดสอบคุณภาพมีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการ⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คำถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบมี 2 ตัวเลือก เกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคซึมเศร้า, 1-8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย, 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และ มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง หากมีคะแนน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ให้รายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระด้วยสถิติ Wilcoxon sign-ranked test และ Pearson chi-squared test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2564-098 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ วิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย โดยละเอียด และทุกคนมีสิทธิในการบอกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าวโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.14 อายุเฉลี่ย 52.40 ± 14.79 ปี ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 62.86 มีสมาชิกในครอบครัว 3 คนขึ้นไปร้อยละ 65.71 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 9.14 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 48.00 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 52.57 มีภาวะหนี้สินร้อยละ 54.29 มีโรคประจำตัวร้อยละ 34.29 ส่วนมากจบการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 54.29 และใน 1 ปี ที่ผ่านมาไม่เคยนอนโรงพยาบาลร้อยละ 84.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=175)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	107	61.14
อายุเฉลี่ย (ปี)	52.40 ± 14.79	Min=18, Max=80
สถานภาพสมรส		
โสด	36	20.57
คู่	110	62.86
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	29	16.57
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน (อยู่คนเดียว)	5	2.86
2 คน	55	31.43
3 คนขึ้นไป	115	65.71
ไม่มีผู้ดูแล	16	9.14

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=175)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มี	14	8.00
ค้าขาย/รับจ้าง	68	38.86
เกษตรกรกรรม	84	48.00
ข้าราชการ	9	5.14
รายได้ไม่พอเพียง	92	52.57
มีภาวะหนี้สิน	95	54.29
มีโรคเรื้อรัง	60	34.29
การศึกษา		
ประถมศึกษา	95	54.29
มัธยมศึกษา	63	36.00
อนุปริญญา/ปวส.	5	2.86
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	6.86
จำนวนครั้งนอนรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่มี	147	84.00
1-2 ครั้งต่อปี	19	10.86
3 ครั้งขึ้นไปต่อปี	9	5.14

2. ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ด้วยตนเองออนไลน์ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 34.29 (ตารางที่ 2) และเมื่อติดตาม หลังการทดลองพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ($2Q \geq 1$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมี ภาวะโรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3) โดยผู้ป่วยที่เป็น โรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) ร้อยละ 13.33 ได้ส่งให้พยาบาลจิตเวชประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พร้อมส่ง ปรัชญาจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษา พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อยลดลง เหลือร้อยละ 5.00 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ด้วยตนเอง (n=175)

โรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	115	65.71
เป็นผู้มีความเสี่ยง (2Q $\geq$ 1)	60	34.29

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและมีภาวะโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง

ผู้ป่วย	ก่อน n(%)	หลัง n(%)	p-value
มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q $\geq$ 1) (n=175)	60 (34.29)	24 (13.71)	<0.001
มีภาวะโรคซึมเศร้า (9Q $\geq$ 7) (n=60)	8 (13.33)	3 (5.00)	<0.001

3. ประชาชน 60 รายที่ได้รับการติดตามประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) จากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9 คำถาม หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 5.016 ± 2.78 คะแนน (มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย) เป็น 1.40 ± 2.20 คะแนน (ไม่มีโรคซึมเศร้า) (ตารางที่ 4) และพบคะแนนเฉลี่ยตามแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9 คำถาม (n=60)

โรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	ก่อน n(%)	หลัง n(%)	p-value
คะแนนเฉลี่ย 9 คำถาม (9Q)	5.016 ± 2.78	1.40 ± 2.20	<0.001
คะแนน < 7 ไม่มีโรคซึมเศร้า	52 (86.67)	57 (95.00)	
คะแนน 7-12 มีโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	5 (8.33)	3 (5.00)	
คะแนน 13-18 มีโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	3 (5.00)	0 (0.00)	

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตามแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (n=8)

การฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	ก่อน n (%)	หลัง n (%)	p-value
คะแนนเฉลี่ย 8 คำถาม (8Q)	3.375 ± 2.44	0.75 ± 1.16	0.010
คะแนน 0 ไม่มีโรคซึมเศร้า	0 (0.00)	5 (62.50)	
คะแนน 1-8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย	8 (100.00)	3 (37.50)	

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคซึมเศร้าและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา⁽¹³⁾ โดยดำเนินการคัดกรองเชิงรุกในชุมชนผ่านแบบประเมินภาวะซึมเศร้าออนไลน์ ประจำครอบครัวที่ติดไว้ทุกหลังคาเรือน สำหรับประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ด้วยตนเอง ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ทำให้ค้นพบประชาชนทั่วไปที่มีภาวะโรคซึมเศร้า ($9Q \geq 7$) ร้อยละ 13.33 ซึ่งผลการค้นหาผู้ป่วยสูงกว่ารูปแบบการค้นหาภาวะซึมเศร้าเชิงรับในโรงพยาบาลของหลายการศึกษา อาทิ ศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ⁽¹⁴⁾ พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ($9Q \geq 7$) ร้อยละ 12.3 อารีย์ สงวนชื่อ⁽¹⁵⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.5 แต่น้อยกว่าการศึกษาของจุลารักษ์ เทพกลาง⁽¹⁶⁾ พบผู้สูงอายุมีภาวะโรคซึมเศร้าร้อยละ 26.65 ส่วน ปรีดา เจริญโภคทรัพย์⁽¹⁷⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเช่นกันพบความชุกโรคซึมเศร้าร้อยละ 76.7 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนมากไม่มีโรคเรื้อรังทำให้ผลการศึกษต่างกัน ดังนั้นควรหมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกายจิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าโดยประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะซึมเศร้าได้เร็ว จะทำให้แก้ไขสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ทัน^(2,18) นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายที่ต้องติดตามต่อ รวมถึงมีผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้าซ้ำหลังจากรักษา 2-3 เดือน ควรติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อรักษาและเอาใจใส่ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว มีความสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้น⁽¹⁹⁾ ให้รู้จักปรับใจคือการรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง รู้จักวิธีการประคับประคองจิตใจของตนในยามที่ประสบกับปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจหรือความท้อแท้และรู้จักหาความสุขในทางที่เหมาะสม^(20,21) เนื่องจากการรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการรักษาแบบองค์รวม เพราะว่าสาเหตุของโรคซึมเศร้ามาจากปัจจัยทั้งทางกายและทางจิตใจ ดังนั้นการรักษาจึงจำเป็นต้องต้องเฝ้าระวังทางด้านร่างกายและสภาวะจิตใจ ซึ่งจะพิจารณาตามสาเหตุที่แตกต่างกันของผู้ป่วยคนนั้นๆ เป็นหลัก⁽²²⁾

จุดเด่นของการศึกษานี้ ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ารายใหม่ได้เร็วและง่ายขึ้น เนื่องจากมีการติดแบบประเมินภาวะซึมเศร้าประจำครอบครัวทุกหลังคาเรือน สำหรับประเมินออนไลน์คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ด้วยตนเองและมีอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คอยติดตามผลการประเมิน หากหลังคาเรือนไหนมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าจะประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากพบว่าคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเข้าสู่การรักษาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ทุกครั้งที่มารับบริการ และยังสามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองซ้ำได้

ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) รวมถึงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลังจากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งนี้ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการพบว่า การคัดเลือกตัวแทนในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง หลังคาเรือนละหนึ่งคน บางหลังคาเรือนอาจจะได้ตัวแทนที่ไม่มีความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า และยังมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองได้ เช่น เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว ไม่มีโทรศัพท์มือถือสื่อสารโทรคมนาคม กลุ่มเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเยี่ยมบ้านประเมินภาวะซึมเศร้า

สรุปการวิจัยในครั้งนี้ได้ว่าระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชน สามารถค้นหาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ารายใหม่ได้เร็วและง่ายขึ้น ทำให้ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาได้เร็วขึ้นและส่งผลต่อการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่มีประสิทธิภาพโดยมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและมีภาวะโรคซึมเศร้าหลังการทดลองลงลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามประเมินความพึงพอใจของประชาชนในการประเมินออนไลน์ คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) เพื่อพัฒนาแบบประเมินให้ง่ายในการปฏิบัติ รวมถึงควรค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาและกระตุ้นให้ปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า
2. การศึกษาที่สามารถขยายไปสู่การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีประวัติรับยาต้านเศร้า (Antidepressant) ให้สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย จิตแพทย์ จิตแพทย์ชุมชน และพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลตรังการพิชผล ที่ให้คำปรึกษาอันเป็นประโยชน์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณอาสาสมัครในชุมชนที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กุมภาพันธ์ 7]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>

2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
3. World Health Organisation. International classification of diseases, 10th revision (ICD-10). Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1990.
4. พรณพิไล วริยะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(พิเศษ):1-16.
5. สूरชัย คำภักดี. ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ. 2555;27(2):108-12.
6. ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย. รายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 27]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidepression.com/www/report/main_report/.
7. ชาญวิชัย โพธิ์สุวรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบุณฑริก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2562;12(1):20-4.
8. พิกุล ทับวิธ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2563;13(2):590-601.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970;30(3):607-10.
10. สุวรรณ อรุณไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 24]. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4901>
11. ธรณินทร์ กองสุข. คู่มือผู้ให้การอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. ศูนย์โรคซึมเศร้าไทย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซต; 2553.

12. ศูนย์ความรู้โรควิถีชีวิตประเทศไทย. แนวทางการรักษาด้วยยา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กันยายน 27]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidepression.com/2020/web/index.php?r=news%2Fview&id=231>.
13. อังคณา ช่วยคำชู. ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีโรคซึมเศร้าร่วม. Thai Journal of Nursing Council. 2555;26(1):70-80.
14. ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ. ความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(5):81-6.
15. อารีย์ สวงนชื้อ, ปณณทัต ตันธนปัญญากร, รัตนา ภรณ์อาษา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. 2562;14(2):277-87.
16. จุลารักษ์ เทพกลาง. การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(1):70-7.
17. ปรีดา เจริญโภคทรัพย์. ผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้ฉันทะธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น. 2560;1(1):25-35.
18. สำนักพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2556.
19. สรร กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, พลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต. การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตามแนวทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ปีที่ 1: ผลการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
20. กรมสุขภาพจิต. คู่มือความรู้สุขภาพจิตชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต; 2546.
21. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชนนนทบุรี. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต; 2547.
22. นพวัฒน์ เพ็งคำศรี. โรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยาและสติบำบัด. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กุมภาพันธ์ 7]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=853.

ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ชญานิษฐ์ ทองปากน้ำ, พย.ม.*, ละอองดาว วรรณฤทธิ์, พย.ด.ª, ธิดา ขุนทอง, พย.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชจำนวน 211 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งเป็นชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (The Patient Safety Knowledge Scale; PSK) และแบบสอบถามการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (The Patient Safety Practice Scale; PSP) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งสองฉบับ (Content Validity Index; CVI) ได้เท่ากับ 1.00 คำนวนค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดยใช้สูตร Kuder and Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.72 และคำนวนค่าความเที่ยงแบบสอบถามการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ได้เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.20 มีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =19.89, SD=2.84) และร้อยละ 78.70 มีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =97.84, SD=11.57) โดยความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r=0.217$ ($p<0.01$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลนำเข้า ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย; ความรู้และการปฏิบัติ; พยาบาลวิชาชีพ

* อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ª Corresponding author : ละอองดาว วรรณฤทธิ์ Email : Lchumthi@gmail.com

รับบทความ: 13 มิ.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 20 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 21 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 มิ.ย. 65

Nursing Knowledge and Practice according to Patient Safety Goals of Registered Nurses, Bhumibol Adulyadej Hospital

Chayaphat Thongpaknum, M.N.S.^{*}, La-Ongdao Wannarit, Ph.D.^{*a},
Thida Khunthong, M.N.S.^{**}

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study nursing knowledge and practice according to the patient safety goals of registered nurses at Bhumibol Adulyadej Hospital. Samples were 211 registered nurses selected to the study using stratified random sampling method. Research measurements were consisted of the Patient Safety Knowledge Scale (PSK) and the Patient Safety Practice Scale (PSP). The validity of the two measures was analyzed using the content validity index (CVI) yielding the CVI of 1.00. The scales' reliabilities were conducted using Kuder- Richardson (KR-20) for the PSK and Cronbach's alpha coefficient for the PSP, which was 0.72 and 0.87, respectively. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations and tested for correlations using Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that 78.20 percent of the sampling had knowledge according to patient safety goals at a good level ($\bar{X}$ =19.89, SD=2.84), and 78.70 percent of them practiced according to patient safety goals at a very good level ($\bar{X}$ =97.84, SD=11.57). The knowledge was significantly related to nursing practice according to the patient safety goals (r =0.217, p <0.01). The results of this study could be used as prior information to further develop guidelines for promoting knowledge and nursing practice according to the patient safety goals among registered nurses.

Keywords : Patient safety goal; Knowledge and practice; Registered nurse

^{*} Instructor, Department of Maternal and Child Nursing and Midwifery, Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Air Medical Services

^{**} Registered Nurse, Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Air Medical Services

^a Corresponding author : La-Ongdao Wannarit Email : Lchumthi@gmail.com

Received: Jun. 13, 22; Revised: Jun. 20, 22; Accepted: Jun. 21, 22; Published Online: Jun 27, 22

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) กำหนดให้ความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ทั่วโลกพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เนื่องจากที่ผ่านมาผู้ป่วยจำนวนมากหลายรายได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ และอันตรายที่รุนแรงอย่างไม่ตั้งใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดอันตรายที่สามารถป้องกันได้ และเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น⁽¹⁾

จากรายงานที่ผ่านมา พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย เช่น การบาดเจ็บ เจ็บป่วยต่อเนื่อง หรือสูญเสียอวัยวะ เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในโลก ซึ่งในแต่ละปีมีเหตุการณ์เหล่านี้ 134 ล้านเหตุการณ์ เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 2.6 ล้านคน^(2,3) และร้อยละ 80 เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้⁽⁴⁾ ส่วนประเทศไทยพบมีการร้องเรียนเพื่อขอรับการชดเชย กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรถึงร้อยละ 49.02 เป็นเงิน 116.01 ล้านบาท รองลงมาคือกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่องร้อยละ 38.28 คิดเป็นเงิน 18.30 ล้านบาท และกรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการร้อยละ 12.71 เป็นเงิน 18.23 ล้านบาทตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งการป้องกันอันตรายโดยการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ช่วยให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นของสถานพยาบาล จากการรายงานขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา Organization for Economic Co-operation and Development หรือ OECD พบว่าสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายได้มากถึง 15%⁽²⁾

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นแนวคิดที่กำหนดเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและโรงพยาบาลเน้นให้บุคลากรสุขภาพตระหนักในความสำคัญเรื่องนี้เพิ่มขึ้น โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goals) เป็นตัวชี้วัดและมาตรฐาน สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ นำไปปฏิบัติครอบคลุม 6 มิติภายใต้คำว่า “SIMPLE” ได้แก่ 1) การผ่าตัดที่ปลอดภัย (Safe Surgery: S), 2) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control: I), 3) การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย (Medication and Blood Safety: M), 4) กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย (Patient Care Process: P), 5) การดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆ ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายคนไข้ (Line, Tube and Catheter: L) และ 6) การตอบสนองภาวะวิกฤติ (Emergency Response-E)⁽⁶⁾ ซึ่งการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อวิชาชีพพยาบาลพยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของทีมสุขภาพ จึงมีหน้าที่หาความรู้ ฝึกฝนทักษะของตนอยู่เสมอเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ใช้ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ

การพยาบาล ยึดถือมาตรฐานผู้ป่วยปลอดภัยเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และการให้ยาโดยคำนึงถึงความปลอดภัย^(7,8) เพื่อเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย และสะท้อนถึงคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ^(6,9)

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีผู้รับบริการหลากหลาย และรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ทางโรงพยาบาลมีการขับเคลื่อนเพื่อคุณภาพของการรักษาพยาบาล โดยลดความเสี่ยงหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นต่อผู้รับบริการให้น้อยที่สุด มีมาตรฐานผู้ป่วยปลอดภัยครอบคลุม 6 มิติ ดังกล่าว ให้เป็นหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาล ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะ และปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีเพียงประมาณร้อยละ 50 ของพยาบาลมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยอยู่ในระดับดี^(10,11) อีกทั้งยังขาดผลการศึกษา ให้เห็นถึงระดับความรู้และการปฏิบัติกรพยาบาลในแต่ละด้านตามมิติ SIMPLE ที่จะบ่งชี้ได้ว่าพยาบาลสามารถ ปฏิบัติงานตามหลักการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยได้⁽¹²⁾

ด้วยเหตุนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาล วิชาชีพจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาคุณภาพ บริการด้านสาธารณสุข^(13,14) แม้ว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ทุกคน แต่พยาบาลเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่ใหญ่ที่สุด และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การตระหนักรู้ถึงระดับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกมิติ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาและดำเนินงานที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติตามหลักการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการทำงาน ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพ การให้การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ⁽¹⁸⁾ อีกทั้งยังอาจใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และในสถานพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับความรู้และการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 630 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพพยาบาลระดับวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่หอพยาบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้แก่ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต/กึ่งวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ หอผู้ป่วยจักษุกรรม โสต ศอ นาสิก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยสูตินรีกรรม ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล รวม 13 แห่ง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้ Sample size estimate for bivariate correlation ของ Polit and Hungler และหาค่าจากตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ขนาดตัวอย่าง 205 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เป็น 226 คน⁽¹⁹⁾ กระจายสัดส่วนตามจำนวนพยาบาลวิชาชีพแต่ละหอผู้ป่วย จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีวิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบง่าย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่าง แยกตามหอพยาบาลผู้ป่วยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ลำดับ	หอพยาบาลผู้ป่วย	ประชากร N=630	กลุ่มตัวอย่าง n=226
1	หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	44	16
2	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	63	23
3	หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต/กึ่งวิกฤตอายุรกรรม	83	30
4	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	90	32
5	ศูนย์มะเร็ง	13	5
6	หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม	34	12
7	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	29	10
8	หอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์	33	12
9	หอผู้ป่วยจักษุกรรม โสต ศอ นาสิก	19	7
10	หอผู้ป่วยพิเศษ	46	17

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนประชากร กลุ่มตัวอย่าง แยกตามหอพยาบาลผู้ป่วยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ลำดับ	หอพยาบาลผู้ป่วย	ประชากร N=630	กลุ่มตัวอย่าง n=226
11	หอผู้ป่วยสูตินรีกรรม	39	14
12	ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	58	21
13	ห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล	79	28

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน ในวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์การอบรม Patient Safety และแผนกที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สร้างโดยผู้วิจัย ตามขั้นตอนของ DeVellis⁽²⁰⁾ ครอบคลุมหลักการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย 6 มิติ (SIMPLE) ได้แก่ การผ่าตัดที่ปลอดภัย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย การดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆ ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายคนไข้ และการตอบสนองภาวะวิกฤติ

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ปลอดภัย 6 ข้อ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 4 ข้อ การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย 6 ข้อ กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย 7 ข้อ การดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆ ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายคนไข้ 3 ข้อ และการตอบสนองภาวะวิกฤติ 4 ข้อ แบบสอบถามมี 2 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้และการปฏิบัติเป็น 4 ระดับคือ ดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง⁽¹⁴⁾

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ปลอดภัย 4 ข้อ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 9 ข้อ การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย 12 ข้อ กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย 6 ข้อ การดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆ ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายคนไข้ 4 ข้อ และการตอบสนองภาวะวิกฤติ แบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale แบบ 4 ตัวเลือก เรียงลำดับจากไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) เลยจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง (3 คะแนน) การแปลผลระดับการปฏิบัติเป็น 4 ระดับคือ ดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง⁽¹⁴⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยวิเคราะห์หาความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ โดยหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 3 คนที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามความรู้ และของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เท่ากับ 1.00 จากนั้นวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้สูตร Kuder and Richardson (KR-20) ได้ค่า 0.72 และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างวิจัยจำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87⁽²¹⁾

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวปฏิบัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยงานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เลขที่ 8/64 ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจโดยอิสระ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ทั้งนี้การปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จัดเตรียมแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก โดยใส่รหัสของผู้ป่วยไว้ที่มุมซองด้านขวาบน จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบกับหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย การรักษาความลับ และความอิสระในการตัดสินใจ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างและจากนั้นนัดหมายเพื่อชี้แจงข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน แล้วจึงแจกแบบสอบถามที่ปิดผนึกใส่ซอง

สีน้ำตาล โดยไม่ระบุชื่อ-สกุลของผู้ร่วมวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้ร่วมวิจัยใส่กระดาษคำตอบในซองเดิมและคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กุมภาพันธ์ 2564 ถึงมีนาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 93.36 อายุระหว่าง 23-58 ปี ($\bar{X}$ =33.18, SD= 8.62) ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 10.79 ปี (SD=8.50) น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 34 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 196 คน (ร้อยละ 92.90) ปริญญาโท 14 คน (ร้อยละ 6.60) และ ปริญญาเอก 1 คน (ร้อยละ 0.50) ตามลำดับ ร้อยละ 58.80 ได้ผ่านการอบรมปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ร้อยละ 31.30 ทำงานเป็นพยาบาลเวรเช้า และร้อยละ 68.70 ทำงานเป็นพยาบาลเวร 8 ชั่วโมง

1. ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 12.00-27.00 คะแนน ($\bar{X}$ =19.89, SD=2.84) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.20 รองลงมาในระดับดีมากร้อยละ 18.50 และระดับพอใช้ ร้อยละ 3.30 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการผ่าตัดที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =4.78, SD=0.59) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =2.19, SD=0.69) การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.62, SD=0.79) กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =4.75, SD=1.18) การดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆ ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายคนไข้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =1.70, SD=0.72) และการตอบสนองภาวะวิกฤต อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =2.82, SD=0.99) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (n=211)

ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้ (SD)	ระดับ ความรู้
1. การผ่าตัดที่ปลอดภัย	6	4.78 (0.59)	ดีมาก
2. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	4	2.19 (0.69)	ดี
3. การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย	6	3.62 (0.79)	ดี
4. กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย	7	4.75 (1.18)	ดี
5. การดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆ ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายคนไข้	3	1.70 (0.72)	ดี
6. การตอบสนองภาวะวิกฤติ	4	2.82 (0.99)	ดี

2. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับดีมาก ร้อยละ 78.70 ระดับปานกลางร้อยละ 19.40 และระดับพอใช้ร้อยละ 1.90 ($\bar{X}$ =97.84, SD=11.57) ตามลำดับ ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก 5 มิติ ได้แก่ การผ่าตัดที่ปลอดภัย ($\bar{X}$ =9.67, SD=3.25) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ($\bar{X}$ =22.28, SD=4.63) การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย ($\bar{X}$ =27.45, SD=4.24) กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย ($\bar{X}$ =17.27, SD=1.75) และการดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายคนไข้ ($\bar{X}$ =10.21, SD=1.39) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการตอบสนองภาวะวิกฤติ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =10.84, SD=2.93) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (n=211)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย	คะแนน เต็ม	ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้ (SD)	ระดับการ ปฏิบัติ
1.การผ่าตัดที่ปลอดภัย	12	9.76 (3.25)	ดีมาก
2.การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	27	22.28 (4.63)	ดีมาก
3.การให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย	36	27.45 (4.24)	ดีมาก
4.กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย	18	17.27 (1.75)	ดีมาก
5.การดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆที่สอดใส่ เข้าไปในร่างกายคนไข้	12	10.21 (1.39)	ดีมาก
6. การตอบสนองภาวะวิกฤติ	15	10.84 (2.93)	ดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.217$, $p<0.01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	P-value	Pearson's correlation (r)
ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	19.89	2.84	0.002	0.217**
การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	97.84	11.57		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.20 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Paorohit, Amornrattanathada and Khamrath ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ด้านความปลอดภัย

ของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 54.5 และการรับรู้ทักษะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 47.8⁽¹⁰⁾ เมื่อเปรียบเทียบข้อค้นพบของการศึกษานี้กับการศึกษาในประเทศที่กำลังพัฒนาอื่นๆ จะพบว่ามีความแตกต่างเล็กน้อยในระดับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยที่พบ เช่น ประเทศบราซิล (ร้อยละ 50) และประเทศเอธิโอเปีย (ร้อยละ 48.4) เป็นต้น⁽¹¹⁾ ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการให้ข้อมูลและการฝึกอบรมที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ รวมถึงการณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และข้อจำกัดของแต่ละบริบทของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 10.79 ปี จึงมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ที่ดี อีกทั้งร้อยละ 58.80 ได้ผ่านการอบรมปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย การค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาอื่น โดย Henok, Nini and Fisseha ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน ≥ 10 ปี มีแนวโน้มที่จะมีความรู้ที่ดี 2.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี และผู้เข้ารับการอบรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยมีโอกาสมีความรู้ดีมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ 2.9 เท่า⁽¹¹⁾ สนับสนุนผลการศึกษาในเกาหลีใต้ ที่พบว่าประสบการณ์และการฝึกอบรมเพิ่มโอกาสให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ที่ดีเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูล⁽²²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในลิทัวเนียตะวันตก ที่เสนอไว้ว่าการมีข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการศึกษาช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอีกด้วย⁽¹⁴⁾

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 196 คน (ร้อยละ 92.90) และร้อยละ 68.70 ทำงานเป็นพยาบาลเวร 8 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Brasaitte และคณะ และการค้นพบดังกล่าว อธิบายได้ว่าการสำเร็จหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพโดยตรงทำให้พยาบาลมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย สังสมความรู้มาจากการศึกษาข้อมูล การค้นคว้าจากคู่มือ การจดบันทึกหลักฐาน เอกสารที่เกี่ยวข้องหรือประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดเป็นความจำและความเข้าใจ อีกทั้งในบริบทของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้สร้างความตระหนักถึงการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการจัดอบรมให้ความรู้ นิเทศและกำกับการทำงานโดยผู้บังคับบัญชา เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยในการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้เข้าร่วมอบรม ความช่วยเหลือให้พยาบาลค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย^(12,14) สอดคล้องกับ Ritthaisong ที่พบว่า การสนับสนุนด้านทรัพยากรในหน่วยงานและด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้แนวปฏิบัติความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.356$, $p < 0.05$)⁽²³⁾

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.78$, $SD= 0.59$) สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Henriques และคณะ⁽²⁴⁾ ในการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เน้นการเตรียมและป้องกันผู้ป่วยจากความผิดพลาดในการผ่าตัด โดยตระหนักในทุกขั้นตอนในทั้งก่อนและหลังผ่าตัด อธิบายได้ว่า พยาบาลให้ความสำคัญกับการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย และมีแนวปฏิบัติมานาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย⁽²⁵⁾ ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดในหอผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาล ครอบคลุมการประเมินปัญหาการวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล การพยาบาลก่อน-ขณะ-และหลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁽²⁶⁾ ซึ่งจะเห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของมิติการดูแลเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย (Safe Surgery) ซึ่งในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความสะอาดของผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด มาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเชิงระบบ การตรวจสอบเครื่องมือในการช่วยชีวิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยในการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัด เป็นต้น อีกทั้งโรงพยาบาลภูมิพลฯ มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติให้กับหอพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 13 แห่ง เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม หอผู้ป่วยสูติกรรม (ห้องคลอด หลังคลอด และนรีเวช) มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งแบบทั่วไปและเฉพาะเจาะจงโรคของผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวให้พยาบาล จึงส่งผลให้พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ปลอดภัยในระดับดีมาก

2. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 78.70 สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ มีโอกาสได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมากและมีปัญหาสุขภาพหลากหลาย ทำให้พยาบาลได้มีโอกาสใช้ทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยครอบคลุม 6 มิติ ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การผ่าตัด การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การให้ยาและเลือด กระบวนการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย และการดูแลอุปกรณ์สายและท่อต่างๆ ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายคนไข้ อีกทั้งโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึง การตรวจรับการประเมินและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล ดังนั้น ผู้บริหารจึงมีการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนดรวมทั้งมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลโดยการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการฟื้นฟูทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Huttakee and Kaewsongk ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 278 คน และพบว่าร้อยละ 59.70 มีการรับรู้ทักษะทางการพยาบาลตามหลักการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก⁽²⁷⁾

การฝึกอบรมและการณรงค์เชิงนโยบาย ให้พยาบาลวิชาชีพมุ่งเน้นในเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตลอดจนมีการปลูกฝังจรรยาบรรณวิชาชีพและการพัฒนาคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลมีทักษะที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น เมื่อเปรียบเทียบข้อค้นพบของการศึกษานี้กับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศบราซิล Simana and Britob พบว่าภายหลังส่งเสริมการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลมีทักษะที่เพิ่มมากขึ้น การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้องชัดเจนและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถดูแลเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง เพิ่มความปลอดภัยระหว่างการผ่าตัดและลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย⁽¹⁸⁾

การนิเทศและกำกับติดตาม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้บังคับบัญชาการพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาล ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าวัฒนธรรมการดูแลที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นรากฐานสำคัญของปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Kaewsomsee, Wattayu and Suwonnaroop ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ 259 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.303$, $p\text{-value}<0.001$)⁽²⁸⁾ อีกทั้ง ผู้บริหารระดับสูงหรือหัวหน้าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการกำหนดเป้าหมายและทิศทาง ส่วนผู้บริหารระดับกลาง เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มุ่งมั่นในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ สอดส่องดูแล ตรวจสอบหอผู้ป่วยเป็นระยะ กำกับดูแลสามารถสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวก ส่งเสริมการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ สนับสนุนการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย ของ Suryani, Kurniawan, and Perdani ที่พบว่า การนิเทศและกำกับติดตาม (Supervision) เป็นปัจจัยทำนายการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=2.137$, $p\text{-value}<0.001$)⁽¹⁵⁾ จากข้อมูลดังกล่าว จึงส่งผลให้พยาบาลส่วนใหญ่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับดีมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.217$, $p<0.01$) อธิบายได้ว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ เพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยก็จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ การปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นผลจากความรู้ที่มีอยู่

ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย 6 มิติ อยู่ในระดับดีถึงดีมาก สอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อผู้ป่วยปลอดภัยซึ่งอยู่ในระดับดีถึงดีมากเช่นกัน สนับสนุนผลการศึกษเกี่ยวกับความรู้และทักษะของพยาบาลในด้านต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาอย่างปลอดภัยและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง Saneha และคณะ พบว่าการเตรียมความรู้มาก่อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการให้ยาอย่างปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.358$, $p<0.05$)⁽²⁹⁾ อีกทั้ง Feroze และคณะ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อผู้ป่วยความปลอดภัยหลังการสวนหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.877$, $p<0.0001$)⁽³⁰⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suryani, Kurniawan, and Perdani ที่แสดงให้เห็นว่า ความรู้เป็นปัจจัยทำนายการประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.267$, $p\text{-value}<0.05$)⁽¹⁵⁾ จากหลักฐานทางวิชาการดังกล่าว จึงมีเหตุผลเพียงพอที่จะสรุปได้ว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ 2 ครั้งให้กับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพครบ 100 % เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและสร้างการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับแนวปฏิบัติความปลอดภัยผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการนำนโยบายส่งเสริมการปฏิบัติพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการสื่อสารที่หลากหลาย สนับสนุน รวมถึงมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ
3. การศึกษาวิจัยในการติดตามความรู้และพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระยะยาว ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่พบ เพื่อนำไปหาแนวทางพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Patient Safety [internet]. 2019 Sep. 13 [cited 2021 Jan. 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind [internet]. 2018 [cited 2021 Jan. 15]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>

3. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [internet]. 2017 [cited 2021 Jan. 15]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
4. World Health Organization. Patient safety: making health care safer [internet]. 2017 [cited 2021 Jan. 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>.
5. Saeheng L, Nitirat P. Retrospective Study of Prima Facie Complaints According to Section 57 and 59 of National Health Security Act, B.E.2002 in Health Settings in the 6th Health Service Region. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2019;8(2):1-11.
6. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 Bangkok: Famous and Successful [internet]. 2018 [cited 2021 Jan. 21]. Available from: http://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/wp-content/uploads/2019/05/safety-goals.pdf
7. Ndosi ME, Newell R. Nurses' knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. Journal of Clinical Nursing. 2009;18(4):570-80.
8. Phanthusat N, Thongyu R. Nursing Practice Guidelines According to Patient Safety Standards. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(2):1-13.
9. Chaleoykitti S, Kamprow P, Promdet S. Patient Safety and Quality of Nursing Service. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):66-70.
10. Paorohit W, Amornrattanathada C, Khamrath J. The Relationships of Knowledge, Attitude and Perceive of Patient Safety Skill of the Senior Air Force Student Nurses, Royal Thai Air Force Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(2):241-8.
11. Biresaw H, Asfaw N, Zewdu F. Knowledge and attitude of nurses towards patient safety and its associated factors. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2020;13:100229.
12. Guillari A, Teresa R, Petitti T, Esposito MR, Silvio S. Clinical risk and patient safety: A multicenter cross-sectional study to explore knowledge, attitudes and practice of hospital nurses. Epidemiology Biostatistics and Public Health. 2020;17(2):1-9.

13. Wake AD, Tuji TS, Gonfa BK, Waldekidan ET, Beshaw ED, Mohamed MA, et al. Knowledge, attitude, practice and associated factors towards patient safety among nurses working at Asella Referral and Teaching Hospital, Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254122.
14. Brasaite I, Kaunonen M, Martinkenas A, Mockiene V, Suominen T. Health Care Professionals' Knowledge Regarding Patient Safety. *Clinical Nursing Research*. 2017;26(3):285-300.
15. Lilis S, Ricky K, Agni Laili P. Factors Associated with the Implementation of Patient Safety at X Hospital, Karawang, Indonesia. *KnE Life Sciences*. 2021:624-9.
16. Brasaite I, Kaunonen M, Martinkenas A, Mockiene V, Suominen T. Health care professionals' skills regarding patient safety. *Medicina*. 2016;52(4):250-6.
17. Mohammed F, Taddele M, Gualu T. Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, north east Ethiopia, 2019. *PloS one*. 2021;16(2):e0245966-e.
18. Siman AG, Brito MJM. Changes in nursing practice to improve patient safety. *Revista gaucha de enfermagem*. 2017;37(spe):e68271.
19. Polit DF, and Hungler, B. P. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott; 1987.
20. DeVellis RF. *Scale development: Theory and applications*. 4th ed. Los Angeles: SAGE; 2017.
21. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing and Health Research*. 5th ed. New York: Springer Publishing Company; 2017.
22. Kiyancicek Z, Dedeli O, Yildiz E, Senakin G. A Survey: Health Professionals' Attitude towards Patient Rights and Patient Safety. *Asian Journal of Pharmacy, Nursing and Medical Sciences*. 2014;2(1):1-8.
23. Ritthaisong S. Patients Safety Goals According to Health Personnel Perceptions In a Private Hospital. *Public Health & Health Laws Journal*. 2019;5(1):57-69.
24. Henriques AHB, Costa S, Lacerda J. Nursing care in surgical patient safety: an integrative review. *Cogitare Enferm*. 2016;21(4):1-9.

25. Nestler N. Nursing care and outcome in surgical patients – why do we have to care? Innovative Surgical Sciences. 2019;4(4):139-43.
26. Racha P, Reungsri N, Kongros J. The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients receiving One-Day Surgery Procedures in Phichit Hospital. Journal of Nursing and Health Sciences. 2019;13(3):130-43.
27. Huttakee P, Kaewsongk P. The Relationship between The Knowledge, Attitude, and Perceived Nursing Skill Based on Patient Safety of Professional Nurses in Police General Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(2):360-9.
28. Kaewsomsee S, Wattayu N, Suwonnaroop N. Factors Related to Nursing Practice for Patient Safety of Registered Nurses in Community Hospitals, Phetchabun Province. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017;29(3):101-12.
29. Saneha C, Musikthong J, Sripasong S, Samai T. Relationships among Personal Factors, Perception about Safety Methods in Medication Administration and Safe Medication Practices of Nursing Students at a Faculty of Nursing in Bangkok Metropolis. Nursing Science Journal of Thailand. 2018;36(1):17-30.
30. Feroze M, Afzal M, Sarwar H, Galani A, Afshan S. Knowledge and Practice of Registered Nurses about Patient Safety after Cardiac Catheterization in Punjab Institute of Cardiology Hospital in Lahore, Pakistan. International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention. 2017;2(2):233-8.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุนอุดหนุนโครงการวิจัย จากมูลนิธิจอมพลอากาศ เฉลิมเกียรติ วัฒนางกูร น.อ.หญิง ผศ.ดร. วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ตลอดจนความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่อนุเคราะห์ให้การเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

การพัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่

สุจิตรา สมนนอก^{*a}, มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์^{**}, ศรีประภา ลุนละวงศ์^{*}, ชัชฎา ประจตุทเทเก^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การให้บริการฝากครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ขาดสารไอโอดีนของเขตสุขภาพที่ 9, 2) พัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระยะ: 1) ศึกษาแนวคิดและสถานการณ์, 2) พัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลชุมชนเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมบริโภคสารไอโอดีน และปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงสัมพันธ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการฝากครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ทุกกิจกรรม แต่ปรับลดขั้นตอนการให้บริการเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ และปรับเป็นการให้สุขศึกษารายบุคคล 2) รูปแบบบริการฝากครรภ์ เป็นการพัฒนาทักษะหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 6 ด้าน คือ เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และบอกต่อ บูรณาการกับบริการปกติในโรงพยาบาลและออนไลน์ 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมและรายด้าน พฤติกรรมบริโภคสารไอโอดีน และปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ; การพัฒนารูปแบบ; ไอโอดีน; หญิงตั้งครรภ์

^{*} ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

^{**} โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

^a Corresponding author : สุจิตรา สมนนอก Email : aornaja.10@gmail.com

รับบทความ: 6 มิ.ย. 65; รับประทานแก้ไข: 24 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 24 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 มิ.ย. 65

Model Development of Antenatal Care Services to Promote Health Literacy in Iodine Deficiency Disorder Prevention among Pregnant Women in Health Region 9 According to the New Normal

Suchitra Sumonnok^{*a}, Maneerat Ouaysawat^{**},
Sriprapa Loonlawong^{*}, Chatchada Prachuttake^{*}

Abstract

Objectives of this research and development were to 1) examine situations of antenatal care services under COVID-19 pandemic in iodine-deficiency areas in health region 9, 2) develop antenatal care service model to promote health literacy in iodine deficiency prevention among pregnant women in health region 9 according to the new normal life; and 3) to evaluate the effectiveness of the developed model. The study was comprised of 3 phases: 1) document and situational reviews, 2) develop antenatal care services model to promote health literacy in iodine deficiency prevention among pregnant women according to the new normal life, and 3) measure the effectiveness of the developed model. Samples were 70 pregnant women receiving the first antenatal care at community hospitals, divided equally into experimental (n=35) and control (n=35) groups. Instruments were questionnaires to assess knowledge on iodine deficiency, health literacy in iodine deficiency prevention, and iodine consumption behavior and tests for urinary iodine. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics as well as content analysis. Results showed that: 1) antenatal care services during COVID-19 pandemic were mostly available but service adjustments as well as telephone appointments were added to reduce risk for COVID-19 transmission. Health education was adjusted to one-on-one; 2) newly developed antenatal care service model helped improve skills in 6 aspects: accessing, understanding, questioning, decision making, applying, and interactive communications with integration into both

^{*} Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

^{**} Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima

^a Corresponding author : Suchitra Sumonnok Email : aornaja.10@gmail.com

Received: Jun. 6, 22; Revised: Jun. 24, 22; Accepted: Jun. 24, 22; Published Online: Jun. 27, 22

conventional and online. 3) regarding effectiveness of the developed service model, it was found that health literacy scores both overall and by sections among the experimental group were significantly higher than those from the control group. Iodine consumption behaviors as well as urine iodine were also significantly better among the experimental group ($p < 0.05$). No significant difference was found in knowledge regarding iodine deficiency.

Keywords : Health literacy; Model development; Iodine; Pregnant women

บทนำ

ไอโอดีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายต้องการเพื่อใช้ในการสร้างฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์ ทำหน้าที่กระตุ้นระบบสมองและประสาทให้เจริญเติบโตและมีพัฒนาการอันจะส่งผลต่อสติปัญญาและการเรียนรู้ รวมทั้งควบคุมอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้ทำงานตามปกติ⁽¹⁾ การขาดสารไอโอดีนสามารถเกิดได้ในทุกกลุ่มอายุแต่จะส่งผลร้ายแรงในกลุ่มทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 3 ปี^(2,3)

การประเมินความชุกการบริโภคสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์จากภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก ในปี 2564 พบหญิงตั้งครรภ์บริโภคสารไอโอดีนไม่เพียงพอร้อยละ 53 ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในประเทศเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน มีความชุกของการบริโภคสารไอโอดีนไม่เพียงพอสูงกว่าประเทศที่ไม่เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน ดังนั้นข้อเสนอแนะการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับเกลือเสริมไอโอดีนเพียงอย่างเดียวตามมาตรการเกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้าอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอ จำเป็นต้องดำเนินการอื่นๆ เพื่อส่งเสริมโภชนาการไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ด้วย⁽⁴⁾

การเฝ้าระวังการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย โดยพิจารณาจากค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ พบว่าในปี 2554-2559 เท่ากับ 181.2, 159.4, 146.8, 155.7, 147.1 และ 145.0 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ⁽⁵⁾ จะเห็นว่าค่ามัธยฐานลดลงอย่างต่อเนื่องแสดงถึงแนวโน้มการขาดสารไอโอดีนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ค่ามาตรฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับไอโอดีนเพียงพอเท่ากับ 150-249 ไมโครกรัมต่อลิตร⁽⁶⁾ ต่อมาในปี 2560-2561 ไม่ได้ดำเนินการเฝ้าระวังเนื่องจากขาดงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ แต่จากการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ใน 26 จังหวัด ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย⁽⁶⁾ พบค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเท่ากับ 131.7 ไมโครกรัมต่อลิตร แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ยังมีภาวะขาดสารไอโอดีน และในปี 2562-2564 ดำเนินการเฝ้าระวังทั่วประเทศพบค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเท่ากับ 153.4, 159.4 และ 155.0 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ⁽⁵⁾ ถึงแม้สถานการณ์ของประเทศจะแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์

ไม่ขาดสารไอโอดีน แต่หากพิจารณาเชิงพื้นที่ก็ยังพบการขาดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือเขตสุขภาพที่ 1, 8 และ 9⁽⁶⁾

เขตสุขภาพที่ 9 พบค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์จากระบบเฝ้าระวัง ปี 2554-2559 เท่ากับ 160.7, 129.9, 96.2, 132.1, 129.0 และ 100.1 ไมโครกรัมต่อลิตรตามลำดับ⁽⁵⁾ และจากการสำรวจโดยสุ่มตรวจที่จังหวัดชัยภูมิและบุรีรัมย์ในปี 2560-2561 พบค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเท่ากับ 117.4 และ 147.1 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ⁽⁶⁾ ต่อมาในปี 2562-2564 พบว่าเท่ากับ 143.6, 132.5 และ 142.1 ไมโครกรัมต่อลิตรตามลำดับ⁽⁵⁾ จากผลการเฝ้าระวังในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา จะเห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ในช่วง 3 ปีหลังจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ก็ยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เป็นอันดับต้นๆ ของงานบริการในระดับปฐมภูมิ⁽⁷⁾ ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลตัวเองและลดความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์⁽⁸⁾ ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์และการเจริญเติบโตในระยะยาว⁽⁹⁾ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จึงต้องมีการวางแผน การฝึกทักษะ และการจัดกิจกรรมด้านสาธารณสุขร่วมด้วย⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวมีอยู่ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะโรคในการศึกษาครั้งนี้คือโรคขาดสารไอโอดีน นอกจากนี้ตั้งแต่ปลายปี 2562 จนถึงปัจจุบันปี 2565 มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการจัดบริการทั้งในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด บางโรงพยาบาลปรับรูปแบบการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์ เป็นการแสมกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ บางแห่งต้องปิดตัวลงเพราะข้อจำกัดด้านสถานที่และกำลังคน และบางแห่งให้คำแนะนำเฉพาะแม่เพื่อลดความแออัดและโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ⁽¹¹⁾

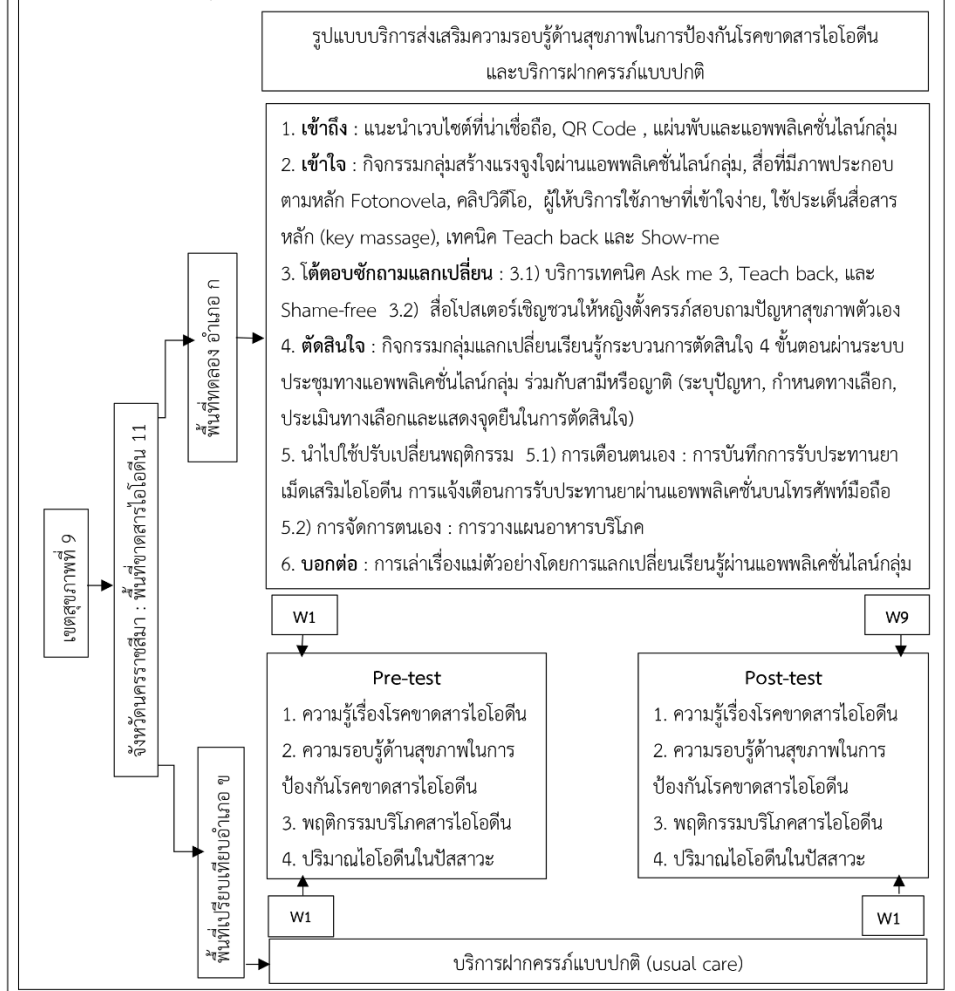
จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ รวมทั้งศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเมื่อโรงพยาบาลนำรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมบริโภคสารไอโอดีน และปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะในระดับที่เพียงพอ อันจะส่งผลต่อการเกิดและเจริญเติบโตของทารกในครรภ์อย่างมีคุณภาพรวมทั้งเจตนารมณ์การแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทยต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับสถานการณ์การให้บริการฝากครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ขาดสารไอโอดีนของเขตสุขภาพที่ 9 และสนทนากลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้บริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนวคิดชีวิตใหม่

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนวคิดชีวิตใหม่



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการฝากครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ขาดสารไอโอดีนของเขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่

สมมติฐานการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับรูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ มีความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมบริโภคสารไอโอดีน และปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ สูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ⁽¹²⁾ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2565 ประกอบด้วย **ระยะที่ 1** ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ สำนวจสถานการณ์การให้บริการฝากครรภ์ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ขาดสารไอโอดีนของเขตสุขภาพที่ 9 และสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 51 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตด้วยการตอบแบบสอบถามผ่าน Google form และ สนทนากลุ่มกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์รายเก่าในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ทดลอง จำนวน 10 คน ใช้เวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ **ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ 1) ยกร่างรูปแบบ 2) ตรวจสอบรูปแบบบริการฝากครรภ์ที่ยกร่างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และ 3) ปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ ใช้เวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ และ **ระยะที่ 3** ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบ โดยนำรูปแบบบริการฝากครรภ์ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในสภาพจริง ด้วยการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial-RCT) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการฝากครรภ์แบบปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นพื้นที่ทดลอง และพื้นที่ควบคุม จำนวนกลุ่มละ 35 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคือ 1) สัญชาติไทยอายุ 17 ขึ้นไปที่มาฝากครรภ์

ครั้งแรก โดยมีสามีหรือญาติพามาฝากครรภ์และเข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้ง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ และพูดสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทยได้คล่อง 3) มีโทรศัพท์มือถือแบบ Smart phone ในการติดต่อสื่อสารและใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 4) ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และ 5) ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตด้วยการให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามผ่าน Google form วัดผลก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ใช้เวลาดำเนินการ 9 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 13 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากหน่วยงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสโครงการเลขที่ KHE 2022-010 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ สำนวนสถานการณ์การให้บริการหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของคลินิกฝากครรภ์ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ขาดสารไอโอดีนของเขตสุขภาพที่ 9 และสนทนากลุ่มหญิงตั้งครรภ์รายเก่า พบว่า

1. การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด องค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศในช่วงปี 2543-2562 เพื่อกำหนดองค์ประกอบ รูปแบบบริการ และเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์นั้น พบว่าองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพที่นักวิชาการทั้งในและต่างประเทศกำหนดขึ้นในช่วงปี 2551-2562 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ⁽¹³⁻¹⁸⁾

2. สถานการณ์การให้บริการหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของคลินิกฝากครรภ์ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ขาดสารไอโอดีนของเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าส่วนใหญ่ให้บริการตามปกติแต่ปรับขั้นตอนให้บริการและนัดหมายทางโทรศัพท์เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ยังดำเนินการอยู่ 30 แห่ง (ร้อยละ 58.8) และไม่ได้ดำเนินการ 21 แห่ง (ร้อยละ 41.2) เนื่องจากข้อจำกัดด้านสถานที่และกำลังคนที่ต้องไปปฏิบัติงานโรงพยาบาลสนาม ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่ได้ดำเนินการได้ปรับรูปแบบเป็นให้สุศึกษารายบุคคลพร้อมกับสามีหรือญาติเพียง 1 คน และมีโรงพยาบาล 7 แห่ง (ร้อยละ 33.3 ของกลุ่มที่ไม่ได้ดำเนินการ) ให้หญิงตั้งครรภ์สแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อรับข้อมูลกลับไปเรียนรู้ที่บ้านและให้สุศึกษารายบุคคลร่วมด้วย ส่วนกลุ่มที่ดำเนินการนั้นสามารถดำเนินการได้ตามปกติในคลินิก 3 แห่ง (ร้อยละ 10.0) ใช้ห้องประชุมโรงพยาบาลดำเนินการ 7 แห่ง (ร้อยละ 23.3) ใช้ระเบียบหรือบริเวณที่นักรอญาติหน้าคลินิกจำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 66.7) ทั้งนี้ทุกแห่งให้สุศึกษารายบุคคลร่วมด้วย ส่วนระดับ

ความเห็นต่อรูปแบบบริการเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ประกอบด้วย การจัดบริการเพื่อเพิ่มทักษะ 6 ด้านคือ ทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบคำถาม ตัดสินใจ นำไปใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมาก (ร้อยละ 98.04)

3. ผลการสนทนากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนจาก บุคลากรสาธารณสุข ไม่ค่อยได้ค้นหาข้อมูลเองและไม่แน่ใจว่าข้อมูลที่ค้นมาเชื่อถือหรือไม่ พึงพอใจกับการ ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเนื่องจากมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้เรื่องนี้ดี แต่ต้องการให้มีไลน์กลุ่มที่ ส่งข้อมูลให้หญิงตั้งครรภ์โดยตรง หรือสื่อแผ่นพับให้กลับไปอ่านที่บ้าน รวมทั้งสื่อวิดีโอสั้นหรือ TikTok ที่ เข้าใจง่าย เนื่องจากช่วงฝากครรภ์ต้องรับข้อมูลหลายเรื่องไม่สามารถจำข้อมูลได้หมด การจัดกิจกรรมกลุ่มทาง ไลน์ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง อาหารที่มีไอโอดีนสูงที่นึกถึงคือ นมและไข่ เนื่องจากหมอนแนะนำให้ดื่มนมและกินไข่ อยู่แล้ว ส่วนอาหารทะเลที่หาซื้อง่ายและราคาไม่แพงคือ ปลาหู ส่วนใหญ่ปรุงอาหารรับประทานเองและมักใช้ ซีอิ้ว ซอส และน้ำปลา ส่วนเกลือเสริมไอโอดีนจะใช้ปรุงอาหารนานๆ ครั้ง เนื่องจากมีรสเค็มเกินไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกัน โรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่

นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาয়กร่างรูปแบบบริการ ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะหญิงตั้งครรภ์ 6 ด้านคือ ทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านตรวจสอบ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นด้วยกับรูปแบบบริการและให้ข้อเสนอแนะคือ ควรบูรณาการไปกับตารางฝากครรภ์ของบริการแบบปกติ คำนึงถึงความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 และระยะเวลาไม่ควรมากไปกว่าการให้บริการแบบปกติ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง รูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ เปรียบเทียบกับกิจกรรมในรูปแบบเดิม

บริการฝากครรภ์ตามตารางนัดรูปแบบปกติ	บริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามแนววิถีชีวิตใหม่
สัปดาห์ที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	สัปดาห์ที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์
1) คัดกรองโรคติดเชื้อโควิด19 และไวรัสซิกา 2) ชักประวัติความเจ็บป่วยและพฤติกรรม 3) ตรวจร่างกายและครรภ์ 4) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5) พบแพทย์ประเมินเสี่ยงและให้คำปรึกษาอาการตัวร้อน และธาตุเสีย 6) ฉีดวัคซีน	ดำเนินกิจกรรมเหมือนรูปแบบปกติในขั้นตอนที่ 1-7, 9 8.1) ให้สุศึกษารายบุคคลพร้อมสามีหรือญาติ 1 คน เรื่อง อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์เน้นอาหารที่มีไอโอดีนพร้อมให้แผ่น พับที่เป็นสื่อเสมือนจริงเรื่อง สมอดีเริ่มที่ไอโอดีน ให้กลับไป ศึกษาที่บ้าน แนะนำการใช้สมุดบันทึกการรับประทานยาเม็ด เสริมไอโอดีน

ตารางที่ 1 (ต่อ) รูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ เปรียบเทียบกับกิจกรรมในรูปแบบเดิม

บริการฝากครรภ์ตามตารางนัดรูปแบบปกติ	บริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามแนววิถีชีวิตใหม่
7) พบทันตแพทย์ 8) ให้ผู้ศึกษารายบุคคลพร้อมสามีหรือญาติ 1 คน เรื่องการใช้สมุนไพรสุขภาพแม่และเด็ก ปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ความผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ 9) จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน โฟลิก และแคลเซียม งดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่	8.2) แนะนำเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือ แสแกน QR code และเข้ากลุ่มไลน์สุดยอดคุณแม่เพื่อรับข้อมูล 8.3) ให้บริการโดยใช้เทคนิค Ask me 3 (ผู้ให้บริการเชิญชวนให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งคำถาม 3 ข้อกับเจ้าหน้าที่) Teach back (หากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถถามได้ ให้เทคนิคการสอนกลับเฉพาะในข้อที่สำคัญ) และ Shame-free (ปรับคลินิกฝากครรภ์ให้มีบรรยากาศที่เป็นมิตร)
สัปดาห์ที่ 2 : ไม่มีกิจกรรม	สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่ม 30 นาที ผู้วิจัยส่งคลิปวิดีโอและสื่ออินโฟกราฟิก เรื่องไอโอดีนอวัยวะสุดยอดคุณแม่
สัปดาห์ที่ 3 : ไม่มีกิจกรรม	สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่ม 30 นาที ผู้วิจัยส่งคลิปวิดีโอและสื่ออินโฟกราฟิกเรื่อง ยาเม็ดเสริมไอโอดีนคนท้องต้องกิน และการแจ้งเตือนการรับประทานยาผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ
สัปดาห์ที่ 4 : ไม่มีกิจกรรม	สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่ม 30 นาที ผู้วิจัยส่งคลิปวิดีโอและสื่ออินโฟกราฟิกเรื่องอาหารที่มีไอโอดีน และการอ่านฉลากโภชนาการ
สัปดาห์ที่ 5 : นัดฝากครรภ์ครั้งที่ 2 1) ตรวจร่างกาย และตรวจครรภ์ 2) ให้คำปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ตรวจคลื่นความถี่สูง 4) วัดซีนไข้หวัดใหญ่ และ Covid-19 5) ประเมินความเสี่ยงเพื่อดูแลรักษาและส่งต่อ 6) ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีนและแคลเซียม 7) ให้ผู้ศึกษารายบุคคล : พัฒนาการทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์ การออกกำลังกาย งดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่	สัปดาห์ที่ 5 : ฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมเหมือนรูปแบบปกติในขั้นตอนที่ 1-7 และในส่วนข้อ 7) ให้ผู้ศึกษารายบุคคลพร้อมสามีหรือญาติ 1 คนให้บริการดังนี้ : ทบทวนทักษะการเข้าถึง เข้าใจ จากการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มในสัปดาห์ที่ 2-4 และพัฒนาทักษะการโต้ตอบซักถามด้วยเทคนิค Ask me 3, Teach back, Show me และ Shame-free

ตารางที่ 1 (ต่อ) รูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ เปรียบเทียบกับกิจกรรมในรูปแบบเดิม

บริการฝากครรภ์ตามตารางนัดรูปแบบปกติ	บริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามแนววิถีชีวิตใหม่
สัปดาห์ที่ 6 : ไม่มีกิจกรรม	สัปดาห์ที่ 6 : จัดกิจกรรมกระบวนการตัดสินใจทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม ร่วมกับสามี หรือญาติ 30 นาที มี 4 ขั้นตอนคือระบุปัญหา, กำหนดทางเลือก, ประเมินทางเลือก, และแสดงจุดยืนในการตัดสินใจ
สัปดาห์ที่ 7 : ไม่มีกิจกรรม	สัปดาห์ที่ 7 : จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม 30 นาทีโดยผู้วิจัยส่งคลิปวิดีโอและสื่ออินโฟกราฟิกเรื่องมีไอโอดีนหรือไม่ตรวจง่ายนิดเดียว และเก็บเกลือไอโอดีนอย่างไรได้คุณภาพ
สัปดาห์ที่ 8 : ไม่มีกิจกรรม	สัปดาห์ที่ 8 : จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม 30 นาทีโดยผู้วิจัยส่งคลิปวิดีโอการจัดการตนเองด้านการวางแผนอาหารบริโภคในแต่ละวัน เรื่อง ลูกฉลาดถ้าไม่ขาดไอโอดีน และ เล่าเรื่องคุณแม่ตัวอย่าง
สัปดาห์ที่ 9 : มาฝากครรภ์ตามนัดครั้งที่ 3 1) ตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ 2) ตรวจคลื่นความถี่สูง 3) คัดกรองเบาหวาน 4) ประเมินเพื่อดูแลรักษาส่งต่อ 5) ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก ไอโอดีน แคลเซียม 6) ให้สุศึกษารายบุคคล : ภาวะเสี่ยง, สุขภาพช่องปาก และการจัดการความเครียด งดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่	สัปดาห์ที่ 9 : มาฝากครรภ์ตามนัดครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมเหมือนรูปแบบปกติในขั้นตอนที่ 1-6 และในข้อ 6 ให้สุศึกษารายบุคคลพร้อมสามีหรือญาติ 1 คนให้บริการดังนี้ : ทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6-8 และให้บริการด้วยเทคนิค Ask me3, Teach back, Show me และ Shame-free

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 21-35 ปี ร้อยละ 71.4 และ 77.1 ตามลำดับ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.ร้อยละ 48.6 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างโดยในกลุ่มทดลองร้อยละ 60.0 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 51.4 รายได้รวมทั้งครอบครัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.0 และ

65.7 ตามลำดับ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้อยู่ได้สบายๆ ร้อยละ 54.3 และ 62.9 ตามลำดับทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ตั้งครุฑเป็นครั้งที่ 1 ร้อยละ 60.0 และ 45.7 ตามลำดับ อายุครุฑที่มาฝากครุฑครั้งแรกคือ 10 เดือน ร้อยละ 42.9 และ 37.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทุกคนรู้หนังสือในระดับอ่านได้คล่องและเขียนได้คล่อง และทุกคนมีไฟฟ้า โทรศัพท์ และโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนมากที่สุด ในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนจาก อสม.มากที่สุดร้อยละ 88.6 และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับจากอินเทอร์เน็ตมากที่สุดร้อยละ 77.1 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันทุกข้อ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ

พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนก่อนทดลอง ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 7.03 ระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 6.86 และระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.9 ส่วนหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 7.23 ระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65.7 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 6.91 มีระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 68.5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้งก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p=0.057$, 0.595) แต่ถ้าเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และระดับความรู้ไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ($p=0.228$, 0.193) และกลุ่มเปรียบเทียบก็เช่นเดียวกันคือ หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และระดับความรู้ไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ($p=0.689$, 0.875)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

3.1 ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้านไม่มีความแตกต่างกัน และหลังทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนก่อนทดลอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ=35)		p-value*
	Mean	SD	Mean	SD	
ก่อนทดลอง					
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.93	0.44	4.13	0.52	0.853
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	3.77	0.47	3.93	0.43	0.596
3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความ ความเข้าใจ	3.47	0.43	3.52	0.46	0.326
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.70	0.42	3.66	0.48	0.375
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.85	0.45	3.99	0.52	0.115
6. การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพ	2.93	0.18	2.94	0.24	0.843
ภาพรวมก่อนทดลอง	3.61	0.34	3.70	0.36	0.600
หลังทดลอง					
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.30	0.27	4.15	0.51	<0.001
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	4.19	0.34	3.97	0.38	<0.001
3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความ ความเข้าใจ	4.13	0.2	3.63	0.46	<0.001
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	4.21	0.35	3.75	0.43	<0.001
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	4.29	0.39	4.39	1.37	<0.001
6. การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสุขภาพ	4.26	0.38	2.95	0.24	<0.001
ภาพรวมหลังทดลอง	4.23	0.27	3.74	0.31	<0.001

* Independent-sample t-test

3.2 ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังทดลองทั้งในภาพรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผลการประเมินหลังทดลองของกลุ่มทดลองในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น 0.62 คะแนน (95% CI=0.50-0.74,

$p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงชันมากที่สุดคือ การบอกต่อมีค่าเฉลี่ยสูงชัน 1.33 คะแนน (95% CI=1.20-1.47, $p < 0.001$) รองลงมาคือ การโต้ตอบซักถาม มีค่าเฉลี่ยสูงชัน 1.33 คะแนน (95% CI=1.20-1.47, $p < 0.001$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงชันน้อยที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูล มีค่าเฉลี่ยสูงชัน 0.37 คะแนน (95% CI=0.24-0.52, $p < 0.001$) รองลงมาคือ ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยสูงชัน 0.42 คะแนน (95% CI=0.25-0.60, $p < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังทดลองทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้านไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	p-value*
	Mean	SD	Mean	SD	Difference (95%CI)	
กลุ่มทดลอง (n=35)						
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.93	0.44	4.30	0.27	0.37 (0.24-0.52)	<0.001
2. ความเข้าใจข้อมูล	3.77	0.47	4.19	0.34	0.42 (0.25-0.60)	<0.001
3. การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	3.47	0.43	4.13	0.2	0.66 (0.48-0.82)	<0.001
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.70	0.42	4.21	0.35	0.51 (0.33-0.67)	<0.001
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตนเอง	3.85	0.45	4.29	0.39	0.44 (0.29-0.59)	<0.001
6. การบอกต่อ	2.93	0.18	4.26	0.38	1.33 (1.20-1.47)	<0.001
ภาพรวมกลุ่มทดลอง	3.61	0.34	4.23	0.27	0.62 (0.50-0.74)	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)						
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.13	0.52	4.15	0.51	0.02 (-0.01-0.05)	0.103
2. ความเข้าใจข้อมูล	3.93	0.43	3.97	0.38	0.04 (-0.01-0.11)	0.095
3. การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	3.52	0.46	3.63	0.46	0.11 (-0.02-0.24)	0.103
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.66	0.48	3.75	0.43	0.09 (-0.04-0.24)	0.167
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตนเอง	3.99	0.52	4.39	1.37	0.40 (-0.13-0.92)	0.137
6. การบอกต่อ	2.94	0.24	2.95	0.24	0.01 (-0.01-0.03)	0.160
ภาพรวมกลุ่มเปรียบเทียบ	3.70	0.36	3.74	0.31	0.04 (-0.01-0.10)	0.112

* Paired-sample t-test

4. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคสารไอโอดีน

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคสารไอโอดีนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผลประเมินหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมสูงขึ้น 6.86 คะแนน (95% CI=5.99-7.72, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นมากที่สุดคือ การรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน วันละ 1 เม็ด มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น 3.86 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=3.74-3.98, $p < 0.001$) รองลงมาคือ การใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหาร มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น 1.71 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=1.23-2.20, $p < 0.001$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นน้อยที่สุดคือ การรับประทานนมและผลิตภัณฑ์ มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น 0.23 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=0.02-0.43, $p < 0.001$) รองลงมาคือ การรับประทานอาหารทะเล มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น 0.91 คะแนน (95% CI=0.63-1.19, $p < 0.001$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนในภาพรวมและระดับพฤติกรรมบริโภคสารไอโอดีนระหว่างก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละ 1 เม็ด มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น 3.83 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=3.70-3.96, $p < 0.001$)

5. ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์

5.1 เปรียบเทียบปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์

ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์และจำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน (มีปริมาณค่าไอโอดีนในปัสสาวะ < 150 ไมโครกรัม/ลิตร) ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนผลประเมินหลังทดลองของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ($p = 0.001$) และจำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน ($p = 0.004$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ไอโอดีนในปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง (n=35) Median (Q ₁ -Q ₃)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35) Median (Q ₁ -Q ₃)	p-value
ก่อนทดลอง			
ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ (µg/L)	79.40 (64.80-165.60)	88.30 (76.40-158.60)	0.401 ^a
ค่าไอโอดีน < 150 µg/L, จำนวน (%)	24 (68.6)	23 (65.7)	0.799 ^b
หลังทดลอง			
ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ (µg/L)	228.70 (156.10-259.10)	158.80 (130.40-191.70)	0.001 ^a
ค่าไอโอดีน < 150 µg/L, จำนวน (%)	5 (14.3)	16 (45.7)	0.004 ^b

หมายเหตุ Q=Quartile range, ^a Mann-Whitney U test, ^b Chi-Square test

5.2 เปรียบเทียบปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างก่อนและหลังทดลอง ผลการประเมินหลังทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยในกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และจำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน ระหว่างก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งกลุ่มทดลอง ($p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($p = 0.016$) โดยร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

ไอโอดีนในปัสสาวะ	ก่อนทดลอง Median (Q ₁ -Q ₃)	หลังทดลอง Median (Q ₁ -Q ₃)	p-value
กลุ่มทดลอง (n=35)			
ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ (µg/L)	79.40 (64.80-165.60)	228.70 (156.10-259.10)	<0.001 ^a
ค่าไอโอดีน<150 µg/L, จำนวน (%)	24 (68.6)	5 (14.3)	<0.001 ^b
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			
ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ (µg/L)	88.30 (76.40-158.60)	158.80 (130.40-191.70)	<0.001 ^a
ค่าไอโอดีน<150 µg/L, จำนวน (%)	23 (65.7)	16 (45.7)	0.016 ^b

Q=Quartile range, ^a Wilcoxon Matched-pair Signed Rank test, ^b Exact McNemar's test

การอภิปรายผล

1. รูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่

เริ่มพัฒนาทักษะตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลครรภ์เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเตรียมความพร้อมเพื่อการเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ⁽¹⁹⁾ การศึกษาของดวงฤทัย เกตุทอง⁽²⁰⁾ ใช้โปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์คลินิกฝากครรภ์ประกอบด้วย การเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม การตัดสินใจและการนำไปใช้ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลอง การศึกษาของวัลลภา สนธิเส็ง⁽²¹⁾ ได้ให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ด้วยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การส่งข้อมูลความรู้ทางไลน์กลุ่มไอโอดีน ติดตามและกระตุ้นเตือน

ทางโทรศัพท์เป็นเวลา 7 สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ การปรับรูปแบบบริการนอกจากดำเนินการในโรงพยาบาลแล้ว ควรเชื่อมโยงชุมชนด้วยเช่น การศึกษาของสมพงษ์ ชัยโอภาณน⁽²²⁾ ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน และยาเม็ดเสริมไอโอดีน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมบริโภคสารไอโอดีนดีขึ้น การศึกษาของอารีย์ ภูมิภูเขียว⁽²³⁾ ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้เกลือไอโอดีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีการให้ข้อมูลความรู้ ประชาสัมพันธ์และรณรงค์โดยสม.เคาะประตูบ้าน พัฒนากองทุนเกลือ และการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ทำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้และพฤติกรรมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนมากกว่าก่อนดำเนินกิจกรรม การศึกษาของ รัตนาภรณ์ เถลิมนศรี⁽²⁴⁾ และอมรพรรณ ทับทิมดี⁽²⁵⁾ ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เป็นกระบวนการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ พัฒนาทักษะการเข้าถึง⁽²⁶⁾ โดยผู้วิจัยแนะนำแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และพัฒนาแหล่งข้อมูลในคลินิกฝากครรภ์ให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็น คิวอาร์โค้ด เอกสารแผ่นพับ และไลน์กลุ่ม เป็นการเพิ่มช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารที่นำมาใช้ดูแลสุขภาพ ที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความสามารถในการดูแลตัวเอง⁽²⁷⁾ ทักษะการเข้าใจ ทั้งการให้บริการในโรงพยาบาลและส่งคลิปวิดีโอ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบออนไลน์ โดยการใช้ภาษาเข้าใจง่าย สื่อสารสองทาง ใช้ประเด็นสื่อสารหลัก (Key messages) หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ เพิ่มเทคนิคใช้ภาพเพื่อสื่อความหมาย (Fotonovela technique) และเทคนิค show me⁽²⁸⁾ จะช่วยลดเวลาในการรับบริการที่โรงพยาบาล และลดช่องว่างระบบสุขภาพที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเวลาน้อยมากในการสื่อสารกับผู้รับบริการ ส่วนทักษะการโต้ตอบซักถามใช้เทคนิค Ask me 3, Teach back, และ Shame-free⁽²⁹⁻³⁰⁾ ซึ่งผู้ป่วยจะจดจำคำแนะนำที่แพทย์หรือพยาบาลอธิบายได้แค่เพียงครั้งเดียว เมื่อกลับถึงบ้านผู้ป่วยจะเกิดความไม่แน่ใจว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร⁽³¹⁾ ดังนั้นการโต้ตอบซักถามจึงเป็นสิ่งจำเป็นในระบบสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มร่วมกับสามีหรือญาติให้สามารถตัดสินใจกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการตัดสินใจว่าเป็นการประเมินทางเลือกและนำไปสู่การตัดสินใจ หากบุคคลตัดสินใจปฏิบัติอย่างถูกต้องจะส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น⁽³²⁾ นอกจากนี้พฤติกรรมสืบค้นข้อมูลก็สามารถเชื่อมโยงนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจด้วย⁽³³⁾ และพบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เข้าใจ การสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนของครอบครัวเช่นสามีหรือญาติจะสนับสนุนการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์⁽³⁴⁾ ด้านทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้การพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ⁽¹⁷⁾ เช่นแบบบันทึกการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนและแอปพลิเคชันเตือนกินยาบนโทรศัพท์มือถือ ส่วนด้านการบอกต่อเป็นการพัฒนาทักษะ

ที่ใช้ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Model) ตามวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura⁽³⁵⁾ โดยมีหญิงตั้งครรภ์ต้นแบบที่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้ดีมาแล้วเรื่อง การวางแผนการกินยา และอาหารที่มีไอโอดีนสูง โดยสื่อประกอบเป็นสมุดบันทึกการกินยา ตัวอย่างอาหารที่มีไอโอดีนสูง รวมทั้งระบุปริมาณที่บริโภคเพื่อให้ได้ปริมาณไอโอดีนเพียงพอต่อวัน

2. ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบบริการฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 9 ตามแนววิถีชีวิตใหม่

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนไม่แตกต่างจากก่อนทดลองและไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้านทุกด้านมีความแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริโภคสารไอโอดีนของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหลังทดลองของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ($p = 0.001$) และจำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน ($p = 0.004$) โดยร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีนในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Renkert & Nutbeam⁽³⁶⁾ ที่พบว่าทำให้คำแนะนำด้านสุขภาพเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาล ช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก การศึกษาของ Karamolah, Khalesi & Niknami⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลการฝึกทักษะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ด้วยแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ระยะเวลาในการฝึกทักษะจำนวน 8 สัปดาห์ พบว่าหลังดำเนินการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลครรภ์ มากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Solhi et al.⁽³⁸⁾ ศึกษาประสิทธิผลการฝึกทักษะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตั้งคำถามและตอบข้อซักถาม ให้คำปรึกษาและฝึกทักษะ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 และ 2 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตัวเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบบริการฝากครรภ์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามแนววิถีชีวิตใหม่ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมบริโภคสารไอโอดีนและปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น จึงควรนำรูปแบบไปใช้ในคลินิกฝากครรภ์โดยเฉพาะในช่วงเกิดสถานการณ์ภัยคุกคาม

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำรูปแบบบริการไปใช้ในคลินิกฝากครรภ์โดยเฉพาะพื้นที่ขาดสารไอโอดีนในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน
2. นำรูปแบบบริการขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการของหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ เพื่อปรับรูปแบบบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
2. ควรมีการติดตามหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่องในไตรมาสที่ 3 ไปจนกระทั่งคลอด และติดตามค่าไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. Li M, Eastman CJ. The changing epidemiology of iodine deficiency. Nat Rev Endocrinol. 2012 Apr 3;8(7):434-40. doi: 10.1038/nrendo.2012.43.
2. DeLong GR. Observations on the neurology of endemic cretinism.in: DeLong GR, Robbins J, Condliffe PG, eds. Iodine and the Brain. New York: Plenum Press; 1989.
3. Delange F. Endemic cretinism. In: Braverman Le, Utiger RD, eds. The thyroid. A fundamental and clinical text. Philadelphia: Lippincott; 2000: 743-54.
4. Patriota ESO, Lima ICC, Nilson EAF, Franceschini SCC, Gonçalves VSS, Pizato N. Prevalence of insufficient iodine intake in pregnancy worldwide: a systematic review and meta-analysis. Eur J Clin Nutr. 2022 May;76(5):703-715. doi: 10.1038/s41430-021-01006-0.
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 17]. เข้าถึงได้จาก: <http://nutrition2.anamai.moph.go.th/iodinedeficiency>
6. Department of Nutrition for Health and Development (NHD), World Health Organization. Urinary iodine concentrations for determining iodine status in populations [internet]. 2013 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85972/WHO_NMH_NHD_EPG_13.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล. รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์; 2562.

8. Sedaghati P, Ardjmand A, Sedaghati N. Does regular ergometric training have any effect on the pregnancy out come? Iran J Pediatr. 2006;16(3):325–31.
9. Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavasoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. RJMS. 2013;19(104):10–9.
10. Ferguson B. Health literacy and health disparities: the role they play in maternal and child health. Nurs Womens Health. 2008 Aug;12(4):286-98. doi: 10.1111/j.1751-486X.2008.00343.x.
11. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. JHOSP. 2012;11(3):45-52.
12. กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, ปภาวี ไชยรักษ์. การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (ระยะครึ่งแผน). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2564.
13. วาโร เฟิงสวัสดิ์. การวิจัยและพัฒนาารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2553;2(4):1-15.
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
15. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Educ Res. 2008 Oct;23(5):840-7. doi: 10.1093/her/cym069.
16. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
17. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
18. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: โอที ออลติจิตอลพริ้น; 2564.
19. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ศ. 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/210292>

20. ดวงฤทัย เกตุทอง. การใช้โปรแกรมเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพสตรี สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 15]. เข้าถึงได้จาก: https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/38x012f0575ae60054c957e56c3d727e971/202012/m_news/9004/196537/file_download/7ec3d2a68fb70bb84b3aacbc37e792ab.pdf
21. วิมลภา สนธิเส็ง. ผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563;2(2):171-86
22. Chaiponant S, Taneepanichsakul S. Effectiveness of Modified Iodine Consumption Behavior Model in Pregnant Women by Civil Society Integrated Participation in Khon Kaen Province: A Participatory Action Research. J Med Assoc Thai. 2019;102(1):86-94.
23. อารีย์ ภูมิภูเขียว. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้เกลือไอโอดีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษา ชุมชนใหม่สามัคคี อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: https://www.cphos.go.th/chumphaeahospital/index.php?option=com_content&view=article&id=1350%3A2021-08-27-03-26-20&Itemid=2
24. รัตนภรณ์ เฉลิมศรี, อติศร วงศ์คงเดช, ธีรศักดิ์ พาจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2562;8(1): 68-75.
25. อมรพรรณ ทับทิมดี. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอสวรรคภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
26. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
27. Guttersrud Ø, Naigaga MD, Pettersen KS. Measuring Maternal Health Literacy in Adolescents Attending Antenatal Care in Uganda: Exploring the Dimensionality of the Health Literacy Concept Studying a Composite Scale. J Nurs Meas. 2015;23(2):50E-66. doi: 10.1891/1061-3749.23.2.E50.

28. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parher R, et al. Attributes of Health Literate Organization, Discussion Paper, Institute of Medicine of the Nation Academies; 2012.
29. Bryan C. Provider and policy response to reverse the consequences of low health literacy. *J Healthc Manag.* 2008 Jul-Aug;53(4):230-41.
30. Rudd ER. The evolving concept of health literacy : new direction for health literacy studies. *Journal of Communication Healthcare.* 2015; 8(1):7-9.
31. Kripalani S, Weiss BD. Teaching about health literacy and clear communication. *J Gen Intern Med.* 2006 Aug;21(8):888-90. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00543.x.
32. WHO. Life Skills Education for children and adolescences in school. London: WHO; 1994.
33. Radecki CM, Jaccard J. Perception of knowledge, actual knowledge, and information search behavior. *Journal of Experimentation Social Psychology.* 1995; 31(2):107-38.
34. McKinn S, Linh DT, Foster K, McCaffery K. Distributed Health Literacy in the Maternal Health Context in Vietnam. *Health Lit Res Pract.* 2019 Feb 5;3(1):e31-e42. doi: 10.3928/24748307-20190102-01.
35. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977 Mar;84(2):191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191.
36. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int.* 2001 Dec;16(4):381-8. doi: 10.1093/heapro/16.4.381.
37. Karamolahi PF, Bostani Khalesi Z, Niknami M. Efficacy of mobile app-based training on health literacy among pregnant women: A randomized controlled trial study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* 2021 Aug 27;12:100133. doi: 10.1016/j.eurox.2021.100133.
38. Solhi M, Abbasi K, Ebadi Fard Azar F, Hosseini A. Effect of Health Literacy Education on Self-Care in Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2019 Jan;7(1):2-12. doi: 10.30476/IJCBNM.2019.40841.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาตูน จังหวัดมหาสารคาม

ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์, ประด. ^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนตำบลดงบัง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลดงบังที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 406 คน เลือกโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ใช้ Chi-square test ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ร้อยละ 36.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.72 มีอาชีพเกษตรกร และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดคือเบียร์ รองลงมาคือเหล้าขาว ในส่วนความถี่ของการดื่ม ส่วนใหญ่จะดื่มสัปดาห์ละ 1-2 วัน/สัปดาห์ ซึ่งปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง ดื่มปริมาณน้อย (เบียร์ 1-1.5 กระป๋อง หรือเหล้า 2-3 ฝา) ร้อยละ 46.3 รองลงมาดื่มปริมาณมาก (เบียร์ 5-7 กระป๋อง หรือเหล้าสามในสี่ส่วนแบน) ร้อยละ 21.10

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ รายได้ ต่อเดือน กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ความแตกต่างของเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ และรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ได้

คำสำคัญ : การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; ชุมชน

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author : ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์ E-mail : phadoongsit@smnc.ac.th

รับบทความ: 20 พ.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 26 มิ.ย. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 26 มิ.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 10 ก.ค. 65

Factors Associated with Alcohol Consumption among People in Community of Dong Bang Sub district, Na Dun District, Maha Sarakham Province

Phadoongsit Chumnanborirak, Ph.D.^{*a}

Abstract

A cross-sectional design was applied to explore the association between personal factors and frequent drinking of people in Dong Bang community. A total of 406 participants aged 15 years and older were recruited into the study, selected by systematic randomization. Data were collected by questionnaires containing items assessing alcohol drinking behaviors. The reliability for our questionnaire, in which coefficient of Cronbach's alpha was 0.84. The data were analyzed by using descriptive statistic and Chi-square.

The result of this study revealed that:

1. Thirty-six percent of the participants were current drinking alcohol. Most of them were males, 81.72% were engaged in agriculture and income less than 5,000 baht/month. The most popular alcoholic beverage is beer, followed by white liquor. The frequency of drinking, most of respondents drank 1-2 days/week. The amount of drinking each time, a small amount of drinking (1-1.5 cans of beer or 2-3 caps of liquor) was at 46.3%, followed by a large amount of drinking (5-7 cans of beer or three-quarters of flat liquor) was at 21.10%.
2. The relationship between personal factors: gender, status, educational level, age, occupation, monthly income and alcohol consumption found that differences in sex, status, education level, and occupation were statistically associated with alcohol consumption at 0.05 levels. Age and monthly income of the participants were no statistically associated with alcohol consumption.

^{*} Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author : Phadoongsit Chumnanborirak E-mail : phadoongsit@smnc.ac.th

Received: May 20, 22; Revised: Jun. 26, 22; Accepted: Jun. 26, 22; Published Online: Jul. 10, 22

The results of this study can be used as a guideline for health care services to reduce alcohol consumption in the area.

Keywords : Alcohol consumption; Associated factors; Community

บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มที่ดื่มกันอย่างแพร่หลายทุกประเทศทั่วโลก โดยข้อมูลล่าสุดขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2559 ประชากรไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นปริมาณเอทานอลบริสุทธิ์เท่ากับ 8.3 ลิตรต่อคนต่อปี⁽¹⁾ และจากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ ปี 2556 ระบุว่าประชากรไทยร้อยละ 31.5 เป็นผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้บริโภคในกลุ่มสตรี เด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงและการส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน⁽²⁾ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรไทย 6,984,786 คน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือเรียกว่า “นักดื่มประจำ” ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 43.94 ของนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด ในจำนวนนี้แบ่งเป็นประชากรเพศชายจำนวน 6,392,966 คน และเพศหญิงจำนวน 591,819 คน กลุ่มนักดื่มเพศชายประมาณครึ่งหนึ่งเป็นนักดื่มประจำ ร้อยละ 49.85⁽¹⁾ ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมหนึ่งของสังคมที่ส่งผลให้เกิดค่านิยมของการดื่ม จนกลายเป็นวัฒนธรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในทุกๆ สถานการณ์ของชีวิต เช่น เมื่อเกิดความเครียดไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องงาน ครอบครัว เพื่อน การเรียนหรือความรัก หากทางออกให้กับปัญหาไม่ได้ก็จะหันไปดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเมื่อประสบความสำเร็จมีความสุข สมหวัง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการ เรียนจบ การได้งานทำที่ดี การได้ตำแหน่งที่สูงขึ้น ก็จะมีการสังสรรค์ด้วยการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ หรือเมื่อมีงานเทศกาลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นงานบุญ งานแต่งงาน งานปีใหม่ สงกรานต์ ก็จะมีการฉลองด้วยการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในระดับโลกและประเทศ ก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อผู้ดื่มและบุคคลรอบข้าง เกิดผลเสียต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดื่มและเป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคตับ และอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการดื่มแล้วขับ รวมถึงยังก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายต่อผู้ที่ไม่ดื่มและสังคมโดยรวม เช่น การทะเลาะวิวาท การใช้ความรุนแรง และอาชญากรรม เป็นต้น⁽²⁾

ในส่วนของจังหวัดมหาสารคามได้ทำการสำรวจข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า เพศชายที่ยังดื่มอยู่ ร้อยละ 87.63 และเพศหญิงที่ยังดื่มอยู่ ร้อยละ 84.38 โอกาสการดื่มสุรามากที่สุด คือ งานปีใหม่ร้อยละ 46.21 งานสงกรานต์ร้อยละ 43.94 อีกทั้งผลกระทบจากการดื่ม

แอลกอฮอล์ ทำให้เกิดรับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 8.09 บาดเจ็บหรืออุบัติเหตุอื่นๆ ร้อยละ 8.20 และเคยประสบปัญหาความรุนแรงในครัวเรือนถึงร้อยละ 6.67 อีกทั้งมีการมั่วสุม และก่อความรำคาญแก่ชุมชน⁽³⁾ และเกิดปัญหาทางสังคมตามมา เช่น ปัญหาด้านอุบัติเหตุจราจร การเจ็บป่วย การทำร้ายร่างกาย อาชญากรรม และอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญคือการติดสุรา นอกจากจะทำลายสุขภาพ และทำลายอนาคตของผู้ดื่มแล้ว ยังเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจให้แก่คนในครอบครัว⁽⁴⁾ ซึ่งในส่วนพื้นที่ตำบล ดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนภายใต้โครงการงานบุญงานศพปลอดเหล้าตั้งแต่ปี 2557 แต่ยังคงประสบปัญหาขาด การดำเนินการที่ต่อเนื่อง เพราะขาดการเชื่อมโยงข้อมูล หรือข้อมูลที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาได้อย่าง ถูกต้อง⁽⁵⁾ จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าวได้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนตำบลดงบัง ผลจากการศึกษาสามารถใช้ เป็นข้อมูลที่น่าไปเป็นแนวทางในการวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์การบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในตำบล ดงบัง คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,707 คน

ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ได้ใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรเพื่อการประมาณ สัดส่วน⁽⁶⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 P(1-P)}{Nd^2 + Z^2 P(1-P)}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดเป็น 325 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25⁽⁷⁾ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จึง มีจำนวน 406 คน

การสุ่มตัวอย่างดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ตำบลคงบังมีจำนวน 9 หมู่บ้าน สุ่มเลือก 5 หมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

ขั้นที่ 2 ใน 4 หมู่บ้านสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน และอีกหนึ่งหมู่บ้านสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 คน โดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการป้องกันและควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽²⁾ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบประกอบด้วย ประวัติการดื่มภายใน 1 ปี ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มบ่อยที่สุด ปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมจำนวน 4 ข้อ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.6 -1 และนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มประชาชนในตำบลกุ้งสำริด ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลคงบัง จำนวน 5 หมู่บ้าน เป็นผู้ที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และมีการฝึกหัดสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัยให้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงข้อมูลจากการศึกษา การตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ในบางประเด็น ผู้ช่วยวิจัยต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วมีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชนตำบลงบัง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วันที่ 22 พฤษภาคม 2563 เลขที่จริยธรรมวิจัย SNC 008/ 2563 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ให้ผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง 406 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.50 เพศหญิง ร้อยละ 49.50 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 30.80 มีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.00 ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.50 รองลงมาศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 12.10 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.00 และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 73.40
2. สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชนตำบลงบัง พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.90 ปัจจุบันยังคงมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 36.00 และกลุ่มที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 7.10 ตามลำดับ โดยเป็นเพศชายดื่มมากที่สุด ร้อยละ 81.72 เพศหญิง ร้อยละ 18.28 ช่วงอายุที่ดื่มมากที่สุด คือ 41-50 ปี ร้อยละ 32.57 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.57 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.57 และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 66.86 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด คือ เบียร์ ร้อยละ 50.30 รองลงมา เหล้าขาว ร้อยละ 54 ในส่วนความถี่ของการดื่ม ส่วนใหญ่จะดื่มสัปดาห์ละ 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 29.70 รองลงมาดื่มเดือนละ 1-3 วัน/เดือน ร้อยละ 26.30 ในส่วนปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มในปริมาณน้อย ร้อยละ 46.3 และรองลงมาดื่มในปริมาณมาก ร้อยละ 21.10 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพในการดื่มและปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มตัวอย่างที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกดื่มแล้ว

พฤติกรรมกรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน (n=175)	ร้อยละ
ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เบียร์	88	50.3
สุรา	25	14.3
เหล้าขาว	54	30.9
เหล้ายาดอง	3	1.7
ไวน์	5	2.9
ความถี่ในการดื่ม		
ทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)	11	6.3
เกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์)	21	12.0
วันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์)	45	25.7
สัปดาห์ละ 1-2 วัน/สัปดาห์	52	29.7
เดือนละ 1-3 วัน/เดือน	46	26.3
ปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง		
ปริมาณน้อย (เบียร์ 1-1.5 กระป๋อง หรือ เบียร์ขวดใหญ่ตั้งแต่ครึ่งขวด-สามในสี่ส่วน ของขวด, เหล้า 2-3 ฝา)	81	46.3
ปริมาณปานกลาง (เบียร์ 2-4 กระป๋อง หรือเบียร์ 1-2 ขวด, เหล้าครึ่งแบน)	34	19.4
ปริมาณมาก (เบียร์ 5-7 กระป๋อง หรือเบียร์ 3-4 ขวด, เหล้าสามในสี่ส่วนแบน)	37	21.1
ปริมาณมากที่สุด (เบียร์ 7 กระป๋องขึ้นไป หรือเบียร์ 4 ขวดขึ้นไป, เหล้า 1 แบนขึ้นไป)	23	13.1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ความแตกต่างของเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความแตกต่างกับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน ตำบลดงบัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ปริมาณการดื่ม (n=175)				χ ²	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
เพศ						
ชาย	63	30	35	15	10.105	0.018*
หญิง	18	4	2	8		
สถานภาพ						
โสด	6	6	8	2	18.872	0.026*
สมรส	65	28	28	19		
หม้าย/หย่า	10	0	1	2		
ช่วงอายุ						
15-20 ปี	1	1	1	0	22.341	0.099
21-30 ปี	1	2	5	3		
31-40 ปี	6	6	3	3		
41-50 ปี	26	15	13	3		
51-60 ปี	24	6	9	9		
60 ปีขึ้นไป	23	4	6	5		
การศึกษา						
ประถมศึกษา	60	14	17	15	36.413	0.006*
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	5	4	4		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	9	6	3		
อนุปริญญา	1	2	3	0		
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	4	7	1		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนตำบลดงบัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ปริมาณการดื่ม (n=175)				χ^2	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
อาชีพ						
เกษตรกร	70	22	24	18	30.016	0.012*
ค้าขาย	1	5	2	0		
รับจ้าง	5	3	7	4		
ข้าราชการ	4	4	4	0		
นักเรียน/นักศึกษา	1	0	0	1		
รายได้ต่อเดือน						
น้อยกว่า 5,000 บาท	58	22	20	17	16.249	0.180
5,000-10,000 บาท	16	5	9	6		
10,001-15,000 บาท	1	2	4	0		
15,001-20,000 บาท	5	2	2	0		
มากกว่า 20,000 บาท	1	3	2	0		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของคนในชุมชนตำบลดงบังมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 36.00 โดยส่วนใหญ่ผู้ดื่มเป็นเพศชาย ร้อยละ 81.72 เพศหญิง ร้อยละ 18.28 ช่วงอายุที่ดื่มมากที่สุด คือ 41-50 ปี ร้อยละ 32.57 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.57 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.57 และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 66.86 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด คือ เบียร์ รองลงมา เหล้าขาว ซึ่งส่วนใหญ่จะดื่มสัปดาห์ละ 1-2 วัน/สัปดาห์ และปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง จะดื่มปริมาณน้อย รองลงมาดื่มจะดื่มปริมาณมาก จากข้อมูลเบื้องต้น มีความสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560⁽¹⁾ พบว่ามีนักดื่มปัจจุบันร้อยละ 28.41 โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศชัดเจน

มีนักดื่มประจำ ร้อยละ 56.06 ต้มเป็นครั้งคราว (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ส่วนร้อยละ 43.94 ต้มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือบ่อยกว่า) แอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันเริ่มต้มเป็นประจำประเภทแรกในสัดส่วนสูงที่สุดคือเบียร์ (ร้อยละ 38.35) ตามด้วยสุราขาว (ร้อยละ 28.05) และสุราสี (ร้อยละ 26.43) และสอดคล้องกับการศึกษาของผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าเพศชายมีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่ผู้ที่ดื่มมากคือ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และเริ่มดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นการสร้างค่านิยมให้เกิดการยอมรับรับในกลุ่ม หมายถึงการมีพวกพ้อง รักเพื่อน เป็นหนึ่งเดียวกัน ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน ทั้งนี้ค่านิยมของสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีอิทธิพลมาจากการยอมรับในสังคม ซึ่งเชื่อว่าการดื่มแสดงออกถึงการเคารพ การให้เกียรติ การแสดงความมีน้ำใจ โดยสังคมไทยมองเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องธรรมดา จะเห็นได้ว่างานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลอง ประเพณีต่างๆ แทบทุกงานจะต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบด้วยเสมอ⁽⁸⁾ อีกทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาเป็นส่วนประกอบในพิธีกรรมต่างๆ เพราะมีแนวคิดว่าสุราเปรียบ เหมือนน้ำบริสุทธิ์สุราเป็นเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์ที่ระหว่งบุคคล กลุ่ม ชุมชน⁽⁹⁾ จนกลายเป็นความคุ้นชินของคนในชุมชนและสังคม โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นสัญลักษณ์ของการแสดงหรือบ่งบอกถึงฐานะทางด้านเศรษฐกิจร่วมด้วย นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังบ่งบอกถึงความเป็นชาย ความเป็นตัวของตัวเอง ต้องการคิดด้วยตัวเอง ต้องการค้นหาตัวเอง อาจนำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยเริ่มจากวัยรุ่นเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์มีความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดฮอร์โมนที่พร้อมจะสืบพันธุ์ และมีแรงขับทางเพศเพิ่มขึ้น บางคนอาจจะไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลในบางครั้งและนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ได้⁽¹⁰⁾ โดยใช้วิธีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาแก้ปัญหา เพราะคิดว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างของเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อธิบายจากแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา⁽¹¹⁾ ที่ว่าการเกิดพฤติกรรมจากบุคคล ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลเองและจากสิ่งแวดล้อมภายนอก มีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อนเป็นระดับชั้น ซึ่งปัจจัยภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด ซึ่งปัจจัยมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายใน ประกอบด้วย เพศ ความรู้การรับรู้ความเชื่อค่านิยม และทัศนคติซึ่งสังคม ส่วนปัจจัยภายนอกประกอบด้วย การหาง่ายและความสามารถเข้าถึงได้ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สื่อโฆษณาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพื่อนและครอบครัวที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา พันภัยพาล และคณะ⁽¹³⁾ ที่สรุปว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อย่างไรก็ตาม พบว่า ช่วงอายุ และรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชนตำบลดงบัง อาจเนื่องจากช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีการดื่มที่ใกล้เคียงกัน กระบวนการตัดสินใจเป็นไปในทางเดียวกัน หรือในบริบทของชุมชนที่มีวิถีชีวิตคล้ายคลึงกัน ก็จะมีการกระทำที่คล้ายๆกัน การแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ เป็นไปในทางเดียวกัน อีกทั้งรายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่แตกต่างกันมาก ส่งผลให้การใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้แตกต่างกันมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล⁽¹⁴⁾ เรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าช่วงอายุและรายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมในชุมชนเชิงสร้างสรรค์ เชื่อมความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนร่วมกันทำกิจกรรม เช่น มีการ ลด ละ เลิก ในช่วงเทศกาลประเพณีต่างๆ
2. ควรมีการปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่ เด็กและวัยรุ่นเพื่อเป็นการป้องกันการดื่มโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุม และผลเสียหรือผลกระทบต่างๆ ทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2562.
2. ทักษพล ธรรมรังสี, บรรณาธิการ. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2556.
3. กฤษณ์ โพธิ์ศรี, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์. การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559; 13(2):8-16.
4. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การบริโภคและนโยบายการป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2560.
5. ปรีชา ยะธา, ยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ.การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานบุญงานศพปลอดเหล้าโดยมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2560; 1(2):63-73.
6. Parel CP, Caldito GC, Ferrer PL, De Guzman GG, Sinsioco CS, Tan RH, editors. Sampling design and procedures. New York: AIDIC; 1973.

7. จรณิต แก้วก้งวาน, ประตาป สิงห์ควานนท์.ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณิ ปิติสุทธิธรรม, ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก (Textbook of clinical research). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2556: 107-44.
8. เพียงพิมพ์ ปั่นระสี, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีวัยแรงงานภาคเกษตรกรรม.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2562; 13(3):143-58.
9. ธัญวรรณ์ แจ่มใส, กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์, อนุพันธ์ ประจำ, ศรณรงค์ ปล่องทอง. การศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและ ชุมชน และทัศนคติที่มีต่อวัฒนธรรมการดื่มของกลุ่มชาติพันธุ์ ลาว กูย และเขมร: กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2561.
10. Newman, B. M., & Newman, P. R. Development through life: A psychosocial approach (5th ed.). Pacific Grove, CA: Cole Publishing Company; 1991.
11. Bronfenbrenner, U., editor. Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. CA: Sage; 2005.
12. พัชรพรรณ คูหา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
13. มุทิตา พันภัยพาล, อัมพร บวรทิพย์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาคณะพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 5(1):77-90.
14. รัตติยา บัวสอน, เชษฐ รัชดาพรรณากุล. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยระดับ ปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2555;18(2):259-71.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 (ปรับปรุง 10 กรกฎาคม 2565)

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็นวารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index) โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน TCI Tier 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 วารสารฯ เผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ **ทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 3 ท่าน** เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

วารสารฯ รับบทความ 2 ประเภท ได้แก่ บทความวิจัย และบทความวิชาการ

บทความวิจัย (Research Article) หรือต้นฉบับดั้งเดิม (Original Article) คือบทความที่รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาและดำเนินการในมนุษย์ ควรต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Research Ethical Committee: EC หรือ Institutional Review Board: IRB) จากสถาบันที่มีมาตรฐาน

บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวน หรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ มีส่วนเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม เป็นประเด็นค้นพบใหม่ มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวน และบทความวิชาการต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

ชื่อบทความภาษาไทย Th Sarabun PSK Bold Font 18

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-1*, **ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-2****, **ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-3***** Th Sarabun Bold Font 16

บทคัดย่อ Th Sarabun Bold Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ) Th Sarabun Normal Font 16

คำสำคัญ : คำสำคัญ-1; คำสำคัญ-2; คำสำคัญ-3 Th Sarabun Bold Font 16 Th Sarabun Normal Font 16

Th Sarabun Normal Font 14

* ข้อมูลผู้เขียน-1 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email
** ข้อมูลผู้เขียน-2 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email
*** ข้อมูลผู้เขียน-3 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ Th Sarabun PSK Bold Font 18

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-1*, **ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-2****, **ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-3***** Th Sarabun Bold Font 16

Abstract Th Sarabun Bold Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ) Th Sarabun Normal Font 16

Keywords : Keyword-1; Keyword -2; Keyword -3 Th Sarabun Bold Font 16 Th Sarabun Normal Font 16

Th Sarabun Normal Font 14

* Author-1's Profile
** Author-2's Profile
*** Author-3's Profile

หากไม่แน่ใจเว้นส่วนนี้ว่างได้

ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิจัย

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย

บทคัดย่อ

คำสำคัญ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Bold Font16; เนื้อหาพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Normal Font16)

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผลการวิจัย (นำเสนอเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากนำเสนอด้วยตาราง/แผนภูมิ ต้องมี

ข้อความบรรยายเพื่ออธิบายตาราง/แผนภูมิด้วย)

การอภิปรายผล(อภิปรายเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและผลการวิจัย)

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ (ระบุเป็นข้อ)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย (ระบุเป็นข้อ)

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง (อ้างอิงในรูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ)

ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิชาการ หรือบทความทบทวน

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย

บทคัดย่อ

คำสำคัญ

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Bold Font16; เนื้อหาพิมพ์ด้วย ThSarabunPSK Normal Font16)

บทความวิชาการ/ทบทวนไม่มีรูปแบบที่ตายตัว แต่บทความต้องนำเสนอประเด็นใหม่ที่ไม่เคยมีการนำเสนอในที่ใดมาก่อน บทความวิชาการ/ทบทวน ไม่ใช้การทบทวนวรรณกรรม แต่ต้องนำเสนอแนวคิด การวิพากษ์ หรือการวิจารณ์ของผู้เขียน โดยอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หัวข้อแนะนำของบทความวิชาการ/ทบทวน

ความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นและแนวคิดที่นำเสนอ

การศึกษาเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 1 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 2 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 3 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)

การอภิปรายหรือการวิพากษ์ (ตามความเหมาะสม)

การนำประเด็นที่นำเสนอไปใช้ในการปฏิบัติ/การวิจัย (ตามความเหมาะสม)

สรุป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง (อ้างอิงในรูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ)

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายเล่ม
การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ด้วย” 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)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของปริิญาณิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง
2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล, นิพนธ์ อุดมสันติสุข, รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.

¹ ทิพวรรณ สุขรวัย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

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 อิ่มสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ไม่เกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
4. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา
นิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

5. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเคมีชีวภาพ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 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

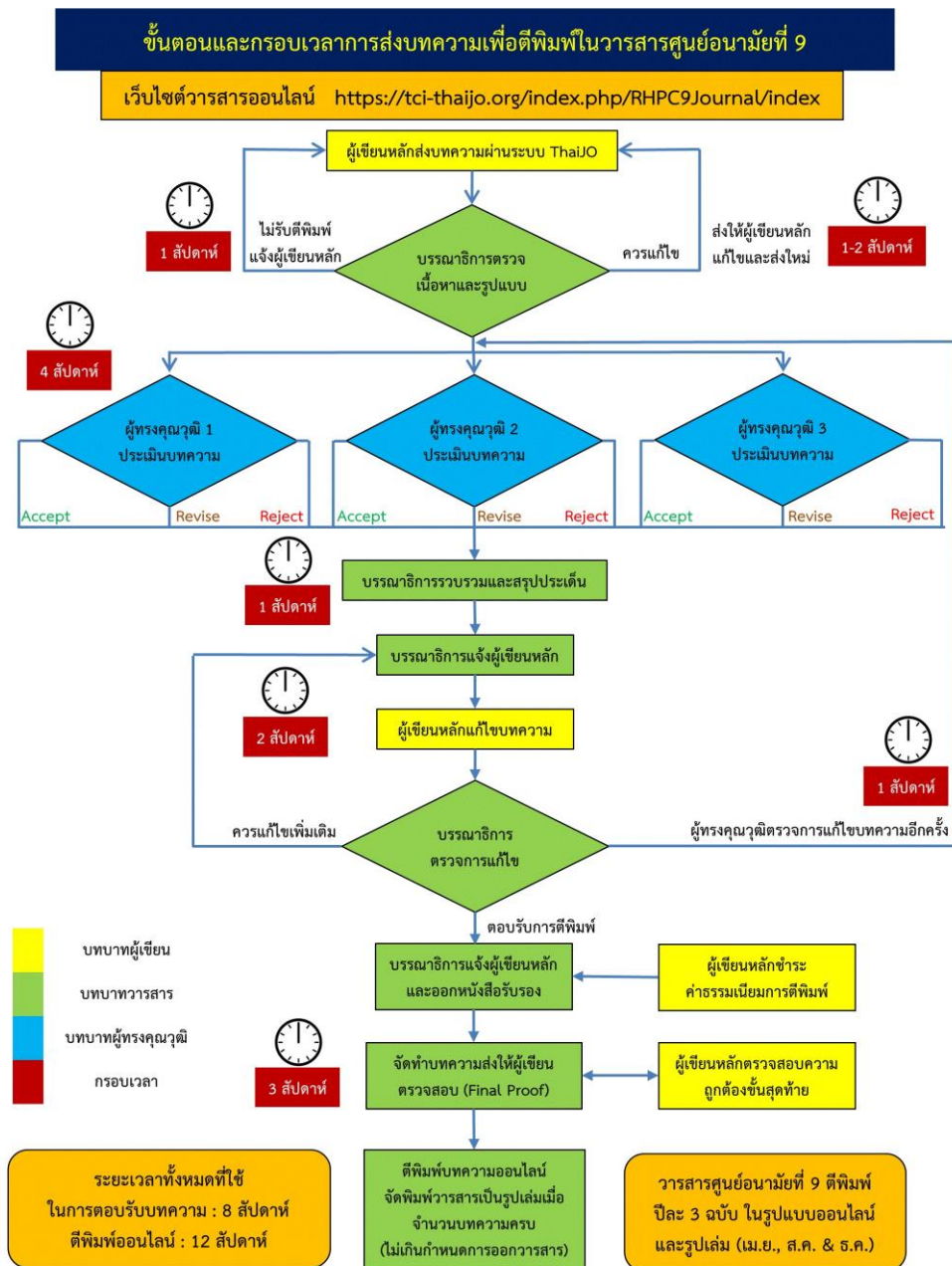
ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความ (รูปแบบ MS Word เท่านั้น) พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกน) และสแกนหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสาร	ผู้เขียน	N/A
3	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
4	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	3 สัปดาห์
5	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
6	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
7	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A

N/A = Not Applicable

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
8	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
8.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 9)	บรรณาธิการ	N/A
8.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและบรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่คุณทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
8.3	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม กรณี-ผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดีขึ้น		
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
9	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสารจำนวน 3,500 บาท สำหรับบทความภาษาไทย และจำนวน 5,000 บาท สำหรับบทความภาษาอังกฤษ มาที่บัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินทาง Email ของบรรณาธิการ	ผู้เขียน	N/A
10	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 และใบเสร็จรับเงิน จัดส่งให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่ผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
11	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
12	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการ และผู้เขียน	1-2 วัน
13	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ที่เว็บไซต์ของวารสาร และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
14	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร 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 และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2 สัปดาห์
16	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน
บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
ผู้เขียนมีความรับผิดชอบบทความของตนเอง
กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความ
ให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม



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 และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด 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/1OeXmTOx0_uXCSMShnznA8uKpPxXwmV9o/edit?usp=sharing&oid=110564042903051624133&rtpof=true&sd=true

หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ
เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อ.จรรยาที่ปรึกษา).....

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](https://docs.google.com/document/d/1OeXmTOx0_uXCSMShnznA8uKpPxXwmV9o/edit?usp=sharing&oid=110564042903051624133&rtpof=true&sd=true)