

Thailand Citation Index

(TCI) Tier 2

Approved by TCI

During 2020-2024

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 เพชรมาท นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์พิระยุทธ สารนุกูล แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) รองอธิบดี กรมอนามัย ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
บรรณาธิการ	ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	เกศจักรหญิง ดร.บุญชูธรรม์ ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬารี ดร.สุภาพร วรรณสันทัด ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ รัชนี บุญเรืองศรี ประดับ ศรีหมื่นไวย	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ฝ่ายจัดการ	ก้องเกียรติ ขอดผักแว่น, ณฐวรรณ ครองบุญ, นิตยา สาสนน, เทียนสว่าง ไชยอาษา ศิริรัตน์ รัตนสมบูรณ์, อรรถวรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทรส่อง, ชนิตา เสนียวงศ์	
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	

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)

ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

ทพญ.กนกทิมา เหมพรหมราช

ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล

รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์

อ.รัชณี บุญเรืองศรี

ทพญ.วรมน อัครสุต

ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย

ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์

ดร.สมร นุ่มผ่อง

รศ.ดร.นวิรัตน์ สุวรรณผ่อง

รศ.ภก.ดร.พุดผิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ

รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง

ผศ.ดร.จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ

ผศ.ดร.ทิวาภรณ์ ราชูธร

ผศ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก

อ.ดร.พัชรี ศรีฤดา

อ.ดร.ฐิติมา ระย้าเพ็ชร

อ.สิริสุดา ฐานะปัตโต

ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป้นตามวา

ผศ.ดร.ปวีณา ลิ้มปิทีปการ

อ.พจ.ศิริประภา วีรพัฒนานนท์

อ.พจ.พีรณันท์ พัฒนมงคล

อ.พจ.วีรชัย สุทธิธารวัช

อ.พจ.บุญยภัทร์ ศิริธีราฐิติกุล

รศ.ดร.ประกาย จีโรจน์กุล

ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภัยโย

ผศ.ดร.กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร

อ.ดร.ปิยธิดา จุลละปัย

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย

สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะกรรมการแพทย์จีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

หลักสูตรการแพทย์แผนจีนบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

ผศ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น
อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
อ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี
อ.ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี
อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา
อ.ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา
อ.วาสนา หลวงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี
อ.ดร.กิริติ กิจธีระวุฒินงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
อ.ดร.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท
รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณย์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรีธัญญา จุนหรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ธนกมล สีสรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.ณัฐธิดา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.กชกร เพี้ยชัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ภรณ์ อนุสนธิ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.รวิวรรณ พงศ์พัฒน์พัชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พ.ต.หญิง ดร. ปิยะธ วรรณะทินภัทร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.เบญจพร สุขประเสริฐ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ดร.บัณฑิตา ฤมาณเดชะ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ณัฐจิรา วินิจฉัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อ.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ธนวัฒน์ อิตินานันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.วันวิสาข์ ไชรัมย์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลวารสาร	ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Reviewers)	ข
บทความวิจัย	
ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี	1
Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Sweeten Food Consumption to Reduce Health Risk Factors of Elderly with Non-communicable Diseases in Phetchaburi Province	
ณัฐกร นิลเนตร, สุขศิริ ประสมสุข, เพ็ญวิภา นิลเนตร	
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลต้นแบบ	13
Confirmatory Factor Analysis of the Environmental Quality Indicators in Hospital Model	
จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว, บุญเลิศ วงศ์โพธิ์, วินัย วีระพัฒนานันท์, ศิริชัย จันทุม	
การรับรู้ด้านสุขภาพและการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในคลินิกโรคไตโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม	26
Health Perceptions and Decision-making on Renal Replacement Therapy in the Nephrology Department of Si Songkhram Hospital Nakhon Phanom Province	
สุภาพัฏร์ สิทธิ, เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย, อรอนงค์ พงสุภา, นิภารัตน์ จันทรวงศ์, อนุวัฒน์ สุรินราช	
การพัฒนาระบบป้องกันล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครหาดใหญ่	39
Development of Fall Prevention Model for Elderly in Community, Hat Yai Municipality	
ชาห์ส สวัสดิ์กุล, กนกชล พุนธีราธร, จิรวัฒน์ ทิววัฒน์ปกรณ์, นิตยา ทองขจร	
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม	50
Self-care Behaviors among Diabetic Patients with Comorbidities	
วิมลรัตน์ ผลพิบูลย์, ธีรณัฐ ยินดีสุข, นิภัตรา เศรษฐจันท, ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, สุภภัทร นักรู้กำพลพัฒน์	
ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ	61
Outcome of Alcohol Withdrawal Treatment for Inpatients, Pho Si Suwan Hospital	
อรรณภูมิ ธรรมชาติ	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ	83
The Development Guidelines for Diabetes Screening in Pregnant Women, Antenatal Care Department, Chaiyaphum Hospital	
สุภาวดี ตั้งใจ, ประภาพร ศิริวัฒนเมธานนท์, อ้อยใจ กุชัยภูมิ, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, วิภาดา กาญจนสิทธิ์	

สารบัญ

	หน้า
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ	97
Risk Factors for Postoperative Pneumonia in Elderly Patients with Hip Fractures at Phukhieo Chaleom Phra Keit Hospital, Chaiyaphum Province ธานินทร์ จินตามาศย์	
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี	111
Effects of a Community Participation Program on Management at Kudmakfai Sub-District in Nong Wua So District, Udon Thani Province นิยม ดีจันทร์, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, ภูวนาถ ศรีสุธรรม	
การจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง	128
Life Management and Dependence for the Happiness of the Lonely Elderly มธุรส สว่างบำรุง, อริยพร วิสุทธิ	
การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครราชสีมาด้วยทฤษฎีระบบเกรย์	143
Predicting the Numbers of Diabetes Cases in Nakhon Ratchasima Province using Grey System Theory ผุสดี ชูชีพ, วัฒนา ชยธวัช	
ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสน เฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต	154
Nursing Students' Knowledge and Perceived Self-efficacy in Preventing and Managing Delirium in Critically Ill Patients จรรยาศรี มีหนองหว้า, จตุพร จันทะพุกษ์, ไวยพร พรม่วงค์, รัชนี แสนศรี, เยาวเรศ คำศรี, โยษิตา ศรีโกศล	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	179
Effects of Behavior Promotion Program for Dietary Phosphorus Control in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis ปิยะดา อาจประจัญ, วศิณา จันทศิริ, ศรีสักดิ์ สุนทรไชย	

สารบัญ

	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีณรงค์	193
Factors Associated with Cerebrovascular Disease in Patients with Diabetes and Hypertension at Srinarong Hospital วุฒิชัย แป้นทอง, รัตนา สายยศ	
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาด ไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของ เครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4	209
Environmental Health Literacy of Behaviors on Preventing Health Impacts from Dust Particulate Matter Less Than 2.5 Micron of Air Pollution Surveillance and Warning Communication Networks, Health Region 4 ประจวบ แสงดาว, ชัชพันธ์ ปู่แก้ว, สุนิสา ตุ่มทอง	
ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเทคนิคการขับขี่เชิงป้องกัน ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ รถกระจายสินค้าและอุบัติเหตุทางถนน ของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในจังหวัดชลบุรี	238
The Effect of Defensive Driving Technique Training Program on Safety Behavior in Driving and Road Incidents of the Distributing Goods Drivers in Chonburi สิทธิชัย สิงห์สุ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, รัฐพล ศิลปรัศมี, กิตติพงษ์ สอนล้อม	
ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	252
Effectiveness of the Ventilator Weaning Program in Medical Intensive Care Unit, Nong Bua Lamphu Hospital จิตรลดา พิมพ์ศรี, เรืองศิริ ภาณุเวช, อธิราภรณ์ สัตยมุข, รุจิระชัย เมืองแก้ว	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่	266
Factor Affecting Pregnant and Breastfeeding Women's Decisions to Receive a COVID-19 Vaccine in Chiang Mai Province ยุพรัตน์ นามประดิษฐ์, อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา, อารยา ประเสริฐชัย	
ผลของโปรแกรมธรรมะบำบัดและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความเครียด ในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	281
The Effects of Dharma Therapy Program and Group Counseling on Stress in Older Adults with Non-Communicable Disease มธุรส สว่างบำรุง	

สารบัญ

	หน้า
การศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	296
Study of Holistic Well-being and Quality of Life of the Elderly, Mueang District, Chaiyaphum Province	
ฉัตรศม์ ภูซังชัย, ภัทรวรินทร์ ภัทริศสมบุรณ์, ณัฐปภัสญ์ นวลสีทอง, บังอร พรอยโคสูง	
สถานการณ์ ผลกระทบสุขภาพ และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ต่อการจัดส่งอาหารถึงที่ ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต	311
Situations, Health Impacts and Practices in Accordance with the Principles of Food Sanitation on Food Delivery Services during in New Normal, Phuket Province	
ศุภิกา วงศ์อุทัย	
ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลที่มีต่อการชักซ้ำของเด็กเล็ก	328
Selected Factors of Caregivers Affecting Recurrent Seizures in Young Children	
สุนิย์ ชื่นจันทร์, นิตินันท์ สุขเจริญ	
การพัฒนาการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการของผู้ปกครองและครู อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ	339
Development of Integrated Care for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Parents and Teachers in Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province	
จตุพร ดวงเพชรแสง	
การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	351
Developing of Educational Program and Cervical Cancer Screening by Testing for the HPV Virus by Means of Collecting Specimens Manually of Women at Risk in Udon Thani Cancer Hospital	
ชลธิรัตน์ สารรัตน์, ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ	
การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3	366
Development of Age-friendly City Model in Health Region 3	
นาฏสินี ชัยแก้ว, มยุรี บุญทัต	
การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง)	380
Self-Efficacy of Care Communities Completed the 50-Hour Training Curriculum for Elderly and Dependent Care	
สุกัญญา วัชรประทีป, บุชรินทร์ พูนนอก, จีรภา ผ่องแผ้ว	

สารบัญ

	หน้า
บทความวิชาการ	
บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Psychiatric Nurse's Role in Adolescent Depression Prevention สมรทิพย์ วิภาวนิช	72
การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการฝังเข็ม Treatment of Osteoarthritis Knee in The Elderly with Acupuncture ศญาดา ด่านไทยวัฒนา, วันฉัตร โสฬส, Weixiang Yuan	169
การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่าง ระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท ด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ Data Analysis of Dengue Hemorrhagic Fever Based on Spatial Database at Urban Versus Rural Areas by Geographic Information Systems ศิริชัย จันพุ่ม, รัตนา ไพค่านาม, วันสรรา เชาวนนียม	224
ภาคผนวก	
คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)	a
หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)	e
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9	g
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	j
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์-บทความทั่วไป	k
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์-บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ	l

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี

ณฐกร นิลเนตร, ส.ด.^{*}, สุขศิริ ประสมสุข, พร.ด.^{**}, เพ็ญวิภา นิลเนตร, ส.ม.^{***}

บทคัดย่อ

ปัจจุบันพบแนวโน้มการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ในปริมาณสูง การศึกษาแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 218 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.43, 60.55, 46.79 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.323$, $p=.005$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.572$, $p=.005$) และทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.443$, $p=0.001$)

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรให้ความสำคัญในการวางแผนและออกแบบกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมความรู้และทักษะที่ดีเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานที่ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน; ผู้สูงอายุ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

*** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

^a Corresponding author: ณฐกร นิลเนตร Email: best_nathakon@hotmail.co.th

รับบทความ: 7 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 3 ส.ค. 66; ตอรับตีพิมพ์: 3 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 ก.ย. 66

Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Sweeten Food Consumption to Reduce Health Risk Factors of Elderly with Non-communicable Diseases in Phetchaburi Province

Nathakon Nilnate, Dr.P.H.^{*a}, Suksiri Prasomsuk, Ph.D.^{**}, Penwipa Nilnate, M.P.H.^{***}

Abstract

Nowadays, the trend of non-communicable diseases among the elderly is increasing continuously in the population around the world, including Thailand. This is one of the important risk factors associated with high consumption of sugary foods. This cross-sectional study aimed to measure the level of knowledge, attitudes, and behavior and relationships between knowledge, attitudes, and sweetened food consumption behavior to reduce health risk factors. The samples were consisted of 218 elderly patients with non-communicable diseases in Phetchaburi province. Data were collected using a questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient analysis.

The results showed that the subjects had knowledge, attitudes, and behaviors about sugary food consumption to reduce health risk factors at a moderate level of 67.43, 60.55, and 46.79 percent, respectively. When analyzing the relationships, knowledge was positively correlated with attitudes about sweetened food consumption to reduce health risk factors ($r=0.323$, $p=0.005$). Knowledge was positively correlated with sweetened food consumption behavior to reduce health risk factors, and attitudes were positively correlated with sweeten food consumption behavior to reduce health risk factors ($r=0.443$, $p=0.001$).

It is recommended that related agencies in the area should focus on planning and jointly designing activities that promote knowledge, and good attitudes about food consumption in order to increase sugary food consumption behaviors that reduce health risks.

Keywords: Knowledge, attitudes, behaviors of sweetened food consumption; Elderly; Non-communicable diseases (NCDs)

^{*} Lecturer, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

^{**} Assistant Professor, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

^{***} Public Health Technical Officer, Professional Level, Health Service Support Department 6, MOPH

^a Corresponding author: ณฐกร นิลเนตร Email: best_nathakon@hotmail.co.th

Received: Jul. 7, 23; Revised: Aug. 3, 23; Accepted: Aug. 3, 23; Published Online: Sep. 17, 23

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs (Non-communicable diseases) เป็นปัญหาด้านสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม องค์การอนามัยโลกรายงานข้อมูลประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2559 (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 22 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 9 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง⁽¹⁾ จากผลงานวิจัยย้อนหลัง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการกักเก็บการศึกษาในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีภาวะอ้วนลงพุงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มปกติ⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบในคนอ้วนไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ก็มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้เช่นกัน โดยกระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่า หากไม่มีมาตรการหยุดยั้งเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่า 5 ล้านคน⁽³⁾ และปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการได้รับสารอาหาร ที่เรียกว่าคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป⁽⁴⁾

หลายทศวรรษที่ผ่านมา ประชาชนทั่วโลกมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล น้ำมันและไขมัน อาหารแปรรูป และอาหารปรุงสำเร็จเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีการบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูงลดลง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁵⁾ คนไทยมีความนิยมบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มมากขึ้น ในขณะที่บริโภคผักผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ และมีแนวโน้มการบริโภคไขมันที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน⁽⁶⁾ จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ใน พ.ศ. 2557 พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคผักเฉลี่ยวันละ 1.7 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้บริโภควันละ 3 ส่วน และบริโภคผลไม้เฉลี่ยวันละ 1.5 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้บริโภควันละ 2 ส่วน ในภาพรวมคนไทยมีการบริโภคผักและผลไม้ เฉลี่ยวันละ 3 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้บริโภค 5 ส่วนต่อวัน⁽⁷⁾ และพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นผลลัพธ์จากหลากหลายปัจจัย โดยส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปรุงอาหารและรับประทานอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารสำเร็จรูป การบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่ การบริโภคอาหารมากเกินไป⁽¹⁾ สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่พบมูลค่าตลาดอาหารสำเร็จรูปเพื่อสุขภาพ (ลดไขมันหรือลดน้ำตาล) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจาก 4.52 พันล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 6.3 พันล้านบาทในปี พ.ศ. 2559 และราคาของอาหารและเครื่องดื่มที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกซื้อและการบริโภคของผู้บริโภค⁽⁸⁾ ค่าใช้จ่ายรายเดือนของครัวเรือนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2550-2560 พบว่า

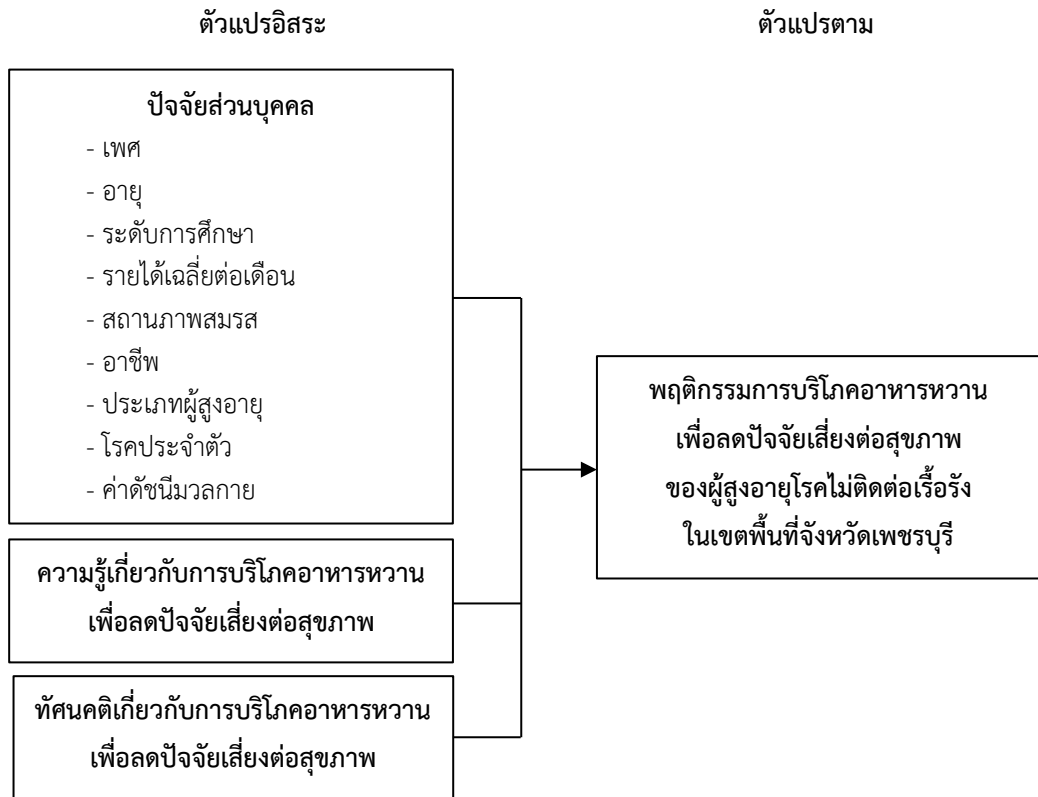
ครัวเรือนไทยมีค่าใช้จ่ายในด้านอาหารประมาณ 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด พบค่าใช้จ่ายสำหรับซื้ออาหารปรุงสำเร็จมากที่สุด รองลงมาได้แก่ อาหารประเภทข้าว แป้ง อาหารที่ทำจากแป้งและเนื้อสัตว์ตามลำดับ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของเครื่องปรุงรส น้ำมัน และไขมัน มีสัดส่วนน้อย จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นแนวโน้มว่าคนไทยบริโภคอาหารที่ไม่ได้ปรุงด้วยตนเองในครัวเรือนมากขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณค่าทางโภชนาการและความเสี่ยงต่อสุขภาพได้⁽⁹⁾

จากศึกษาย้อนหลัง พบว่าการบริโภคน้ำตาลในปริมาณน้อยจะทำให้มีการบริโภคไขมันมากขึ้น ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น แต่บางการศึกษาได้ผลในทางตรงกันข้าม นั่นคือ หากมีการบริโภคน้ำตาลมากจะทำให้มีการบริโภคไขมันมากขึ้น เพราะน้ำตาลทำให้ไขมันนำรับประทานมากขึ้น จะเห็นได้ชัดว่าอาหารที่มีทั้งน้ำตาลและไขมันจะมีรสอร่อย เช่น เค้ก ช็อกโกแลต เป็นต้น สิ่งนี้ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น⁽¹⁰⁾ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรจำกัดทั้งปริมาณน้ำตาลและไขมันในอาหารจึงจะดีที่สุด และบางการศึกษาพบว่ากลุ่มที่บริโภคซูโครสสูงที่สุด มีอัตราการเกิดโรคเบาหวานต่ำกว่ากลุ่มที่บริโภคในปริมาณต่ำที่สุด ซึ่งนั่นหมายความว่า การบริโภคน้ำตาลไม่ได้ส่งผลเสียต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁽¹¹⁾ ข้อมูลที่ได้นี้สอดคล้องคำแนะนำของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ที่กล่าวว่าอาหารที่ดีต่อสุขภาพนั้น มีน้ำตาลในปริมาณพอเหมาะได้⁽⁴⁾ ปัจจุบันมีการศึกษาประเด็นพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่มีการศึกษาเฉพาะในประเด็นพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพหรืออาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจเพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี เพื่อเป็นฐานข้อมูลให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผน และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และเสียชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา คือ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กรณีไม่ทราบประชากรของ Daniel⁽¹²⁾ จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 198 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้จำนวน 218 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) และการหยิบลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืน โดยมีเกณฑ์คัดคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดเพชรบุรี อย่างน้อย 1 ปี มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์คัดเลือก (Exclusion criteria) คือ ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์จากการศึกษาของ อมรรัตน์ นธะสนธิ⁽⁶⁾ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ประเภทผู้สูงอายุ โรคประจำตัว และค่าดัชนี มวลกาย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นข้อคำถามปลายปิด 2 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้อง=1 และ ตอบผิด=0 เกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ได้มาแบ่งเป็นระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ (Mean=1.00-1.66) ความรู้ระดับปานกลาง (Mean=1.67-2.33) และความรู้ระดับสูง (Mean=2.34-3.00)

ส่วนที่ 3 ทักษะการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วย=3 ไม่แน่ใจ=2 ไม่เห็นด้วย=1 และในส่วนข้อคำถามเชิงลบ เห็นด้วย=1 ไม่แน่ใจ=2 ไม่เห็นด้วย=3 ซึ่งเกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Mean) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทักษะระดับไม่ดี (Mean=1.00-1.66) ทักษะระดับปานกลาง (Mean=1.67-2.33) และทักษะระดับดี (Mean = 2.34-3.00)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 15 ข้อ โดยมีการแปลผลเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ=3 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง=2 ไม่ปฏิบัติ=1 และในส่วนข้อคำถามเชิงลบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ=1 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง=2 ไม่ปฏิบัติ=3 ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Mean) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระดับน้อย (Mean=1.00-1.66) พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระดับปานกลาง (Mean=1.67-2.33) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพระดับมาก (Mean=2.34-3.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่า IOC ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ได้ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เท่ากับ 0.824, 0.792, 0.826 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แล้วนำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยในครั้งนี้อย่างดีก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้มีการอธิบาย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และอาสาสมัครสามารถตัดสินใจโดยอิสระ เพื่อนำไปใช้ในผลการวิจัยเท่านั้น โดยในการตอบแบบสอบถามจะเป็นข้อมูลความลับ ไม่เปิดเผยชื่อของอาสาสมัคร รวบรวมและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลและทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 218 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.17 อายุอยู่ระหว่าง 66 – 70 ปี ร้อยละ 50.00 ไม่มีอาชีพหรือว่างงาน ร้อยละ 29.82 สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.89 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.64 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.15 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 74.31 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 57.34 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนและน้ำหนักเกิน ร้อยละ 45.87

ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 218 ราย ใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.43 รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.10 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เท่ากับ 2.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.426 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (n=218)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	46	21.10
ระดับปานกลาง	147	67.43
ระดับต่ำ	25	11.47
Mean=2.12, SD=0.426		

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 218 ราย ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.55 รองลงมามีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 23.85 มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เท่ากับ 2.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.782 คะแนน ดังแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (n=218)

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี	52	23.85
ระดับปานกลาง	132	60.55
ระดับดี	34	15.60

Mean=2.01, SD=0.782

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 218 ราย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.79 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 38.53 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เท่ากับ 1.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.052 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (n=218)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	84	38.53
ระดับปานกลาง	102	46.79
ระดับมาก	32	14.68

Mean = 1.96, S.D.= 0.052

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.323$, $p=0.005$) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.572$,

$p=0.005$) และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.443$, $p=0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($n=218$)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม
ความรู้	1		
ทัศนคติ	0.323*	1	
พฤติกรรม	0.572*	0.443**	1

หมายเหตุ * $p<0.005$, ** $p<0.001$

การอภิปรายผล

ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.43, 60.55, 46.79 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมาวรรณ เค้าแคนและอภิษฐา ดอนสินเพิ่ม⁽¹³⁾ ที่พบว่าความรู้ ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของ ภฤดา แสงสินศรี⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.25 การศึกษาของไพรวลัย โคตรระตะและคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.50 การศึกษาของ ภฤดา แสงสินศรี⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.00 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์ และสุวลี โลวีกรณ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.5 และ 73.2 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค พยาธิสภาพ และภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมไปถึงความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่ความพร้อมต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยใช้การตัดสินใจ และวางแผนดูแลสุขภาพตนเองได้⁽¹⁶⁾ หากผู้สูงอายุได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องนั้นจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและถูกต้องต่อไป⁽¹⁷⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความรู้

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.323$, $p=0.005$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.572$, $p=0.005$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ($r=0.443$, $p=0.001$) กล่าวได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีความรู้และทัศนคติที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นมากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดารัตน์ แหวนพรม และคณะ⁽¹⁸⁾ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r=0.047$, $p=0.009$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของสมจิตร ชัยยะสมุทร และวลัยนารี พรหมลา⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้นทำให้สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่และยังส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้การมีความรู้ที่ดียังอาจไม่ได้ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนั้นแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงปัจจัยด้านการรับรู้เป็นสำคัญ ควรเน้นย้ำให้ผู้เข้ารับบริการตระหนักถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติพฤติกรรม⁽¹⁹⁾ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยและเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อโรคเบาหวานในทุกด้าน ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามความเหมาะสมได้⁽²⁰⁾ การเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จึงควรส่งเสริมทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวจนสามารถช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ในระยะยาว⁽²¹⁾ และยังต้องมีการสนับสนุนส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรค และมีการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งการรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพทั่วไป และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นควบคู่กับการมีทัศนคติที่ดีช่วยส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่มากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญและร่วมวางแผน ออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหวานให้มากขึ้น รวมทั้งติดตามผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามไปด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่มีความแตกต่างทางมิติสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. Ventura Dde A, Fonseca Vde M, Ramos EG, Marinheiro LP, Souza RA, Chaves CR, Peixoto MV. Association between quality of the diet and cardiometabolic risk factors in postmenopausal women. *Nutr J.* 2014 Dec 22;13(1):121. doi: 10.1186/1475-2891-13-121.
3. ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. บำบัดเบาหวานด้วยอาหาร (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: อมรินทร์เฮลท์, 2559.
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: บริษัทร่มเย็นมีเดีย จำกัด; 2560.
5. World Bank. Health and non-communicable disease [serial online]. 2016 [cited 2023 March 10]. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/991041503690161370/pdf/119110-WP-P154324-PUBLIC-47p-pphealthNCDsbackgroundfinal.pdf>
6. อมรรัตน์ นระสนธิ์, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, ไพสิน พิณทอง. ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการในชุมชนกึ่งชนบทจังหวัดอุบลราชธานี. *รามาธิบดี พยาบาลสาร.* 2560; 23(3):344-57.
7. วิชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
8. ศูนย์วิจัยเพื่ออุตสาหกรรมอาหาร. ตลาดอาหารสำเร็จรูปเพื่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://fic.nfi.or.th/market-intelligence-detail.php?smid=163>
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มี.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/สาขารายได้และรายจ่ายของครัวเรือน.aspx>
10. อรทิพย์ แสนเมืองเคน, เบญจา มุกตพันธ์, สมใจ ศรีหล้า, พิษณุ อุดมมะเวทิน. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมู่บ้านอุดมทรัพย์ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2560; 26 (ฉบับเพิ่มเติม 2): S227-S238.
11. ไพรวลัย โคตรตะ, อมรรัตน์ นระสนธิ์, อรอุมา แก้วเกิด. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.* 2565;16(3):799-815.

12. Daniel WW. Biostatistics - a Foundations for analysis in the health sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
13. ปัทมวรรณ คำแคน, อภิญา ดอนสินเพิ่ม. ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2562; 2(2):54-68.
14. ภฤดา แสงสินธร. การศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร. 2564;2(2):43-54.
15. ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์, สุวลี โลวีกรรณ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(1):22-32.
16. สมจิตร ชัยยะสมุทร, วลัยนารี พรหมลา. แนวทางการพัฒนาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จังหวัดปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤษภาคม 4]. เข้าถึงได้จาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/mgsj/article/download/177298/126301/>
17. มนรดา แข็งแรง และคณะ. ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2. 2560; 968-80.
18. จินดารัตน์ แหวนพรหม, อรทัย แซ่เถา, วิภาดา ศรีเจริญ, ยุวดี ตรงต่อกิจ, กิ่งแก้ว สำรวรัตน์, เอกภพ จันทร์สุคนธ์, อภิรักษ์ แสนใจ. ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 2564; 2810-9.
19. อภิญา บ้านกลาง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. รายงานวิจัย; 2559.
20. Saleh F, Afnan F, Ara F, Mumu SJ, Khan A. Diabetes Education, Knowledge Improvement, Attitudes and Self-Care Activities Among Patients with Type 2 Diabetes in Bangladesh. Jundishapur Journal Health Science. 2017; 9(1):1-7.
21. ยุทธมาส วันดาว, ทิพมาส ชินวงศ์, อุดมรัตน์ ชโลธร, อรุณี ทิพย์วงศ์. ประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(3):52-64.

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ของตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลต้นแบบ

จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว*, บุญเลิศ วงศ์โพธิ์*, วินัย วีระวัฒนานนท์*, ศิริชัย จันทุม*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยผานวิธีเพื่อศึกษายืนยันองค์ประกอบของตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลต้นแบบกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออกจำนวน 6 แห่ง บุคลากร 12,196 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2566 โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การประเมินเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อยืนยันองค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบ การทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ IOC เท่ากับ 0.84 และหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.96 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล

ผลการวิจัย ดัชนีการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของสมการโครงสร้างตามสมมติฐาน พบว่า โมเดลสุดท้ายที่มีความเหมาะสมที่สุด ในการนำไปใช้อธิบายสมมติฐานการพิจารณาได้จากค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าตามเกณฑ์ทุกค่า โดยค่า Chi-Square=5.210, Degrees of freedom=2, Probability level=0.74, CMIN/DF=2.605, GFI=0.996 และ RMSEA=0.068 ค่า Probability level มีค่ามากกว่า 0.05 และ CMIN/DF มีค่าน้อยกว่า 3 GFI=0.997 RMSEA=0.000 ตามลำดับ ควรนำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันไปประยุกต์ใช้กับเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมสำหรับไปใช้โรงพยาบาลต้นแบบ และในโรงพยาบาลนำร่องทุกภาค เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศไทย

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน; ตัวบ่งชี้; คุณภาพสิ่งแวดล้อม; โรงพยาบาลต้นแบบ

* สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^a Corresponding author: ศิริชัย จันทุม Email: sirichai.j@ptu.ac.th

รับบทความ: 2 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 4 ส.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 4 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 ก.ย. 66

Confirmatory Factor Analysis of the Environmental Quality Indicators in Hospital Model

Chamnian Wongsrikaew*, Boonlert Wongpho*,
Winai Weerawattananont*, Sirichai Junphum^{*a}

Abstract

This study used a mixed method for the analysis of confirmatory factor analysis (CFA) of environmental quality indicators in hospital model. The samples included executives and staff from regional hospitals in the eastern region of 6 hospitals under the Ministry of Public Health, totaling of 12,196 personnel. Data were collected between January and March 2023 using interviews, focus group discussions, assessment criteria for environmental quality indicators of the hospital and collected with opinion questionnaires to confirm the composition of environmental quality indicators in hospital model. The questionnaire validity was tested using an IOC yielding the value of 0.84. The reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding the value of 0.96. The qualitative data were analyzed using CFA and checked using the goodness-of-fit model.

These results of confirmatory factor analysis, and check of goodness-of-fit model of the variables found that the final model was the most appropriate. All criteria values are met while applying to explain, taking assumptions into consideration from the consistency index were Chi-square=5.210, degrees of freedom=2, probability level=0.74, CMIN/DF=2.605, GFI=0.996, RMSEA=0.068, Probability level>0.05, CMIN/DF<3, GFI=0.997, and RMSEA=0.000 respectively.

Keywords: Confirmation factor analysis; Index; Environmental quality indicators; Hospital model

* Environmental Studies, Faculty of Allied Health Sciences, Pathum Thani University

^a Corresponding author: Sirichai Junphum Email: sirichai.j@ptu.ac.th

Received: Jul. 2, 23; Revised: Aug. 4, 23; Accepted: Aug. 4 23; Published Online: Sep. 17, 23

บทนำ

ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่มีความสำคัญควบคู่กับการพัฒนาความเจริญก้าวหน้า สิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น น้ำ อากาศ ดิน มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์⁽¹⁾ ทำให้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มเสื่อมโทรมเพิ่มสูงขึ้น ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทำให้ระดับของการใช้ทรัพยากรธรรมชาติสูงตามไปด้วย และสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลให้สิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเกิดจากการเสียสมดุลทางธรรมชาติซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการใช้ทรัพยากรของมนุษย์⁽²⁾ ปัญหาเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนและระบบนิเวศ เนื่องจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 สิ่งแวดล้อมได้รับผลกระทบจนกลายเป็นปัญหาระดับโลกและพบว่ามีภาวะเพิ่มขึ้น ได้มีการตั้งหน่วยงานขององค์การสหประชาชาติที่มีหน้าที่รับผิดชอบทางสิ่งแวดล้อม คือโครงการสิ่งแวดล้อมของสหประชาชาติ (United Nations Environment Programme: UNEP) ในปี พ.ศ. 2515 ขึ้นในเมืองไนโรบี ประเทศเคนยา⁽³⁾ ต่อมาองค์กรสิ่งแวดล้อมสหประชาชาติ ได้วางกรอบของสิ่งแวดล้อมศึกษาไว้ว่าเป็นการศึกษาที่ทำให้เกิดความห่วงใยต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม และเกิดความต้องการเข้าไปร่วมแก้ไขปัญห และการศึกษาเพื่อเกิดทักษะและชำนาญในการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และต่อมาในปี พ.ศ. 2518 UNEP ได้วางรากฐานกำเนิดโครงการสิ่งแวดล้อมศึกษานานาชาติ (International Environmental Education Programmer: IEEP) ขึ้น⁽⁴⁾ หากเกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมย่อมทำให้เกิดความเสียหายหลายด้าน

ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้คุณภาพทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม คุณภาพชีวิตของประชากรลดลง สภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรมมีผลทั้งสุขภาพกายและจิต ระบบนิเวศเสียสมดุล สูญเสียทางเศรษฐกิจ เมื่อสิ่งแวดล้อมถูกทำลายต้นทุนการผลิตย่อมสูงขึ้น และเกิดปัญหาสังคม สภาพแวดล้อมรอบตัวประชาชนที่เสื่อมโทรม เป็นสาเหตุของปัญหาความยากจน ปัญหาอาชญากรรมตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตทั้งพืชและสัตว์น้ำ อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ระบบการผลิตทางการเกษตร เป็นต้น^(5,6) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ⁽⁷⁾ ดังนั้นจึงควรตระหนัก และมุ่งหวังในการฟื้นฟูส่งเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สิ่งแวดล้อมคงอยู่อย่างยาวนานสืบไป⁽⁸⁾

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมดจำนวน 10,675 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 33 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 83 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 780 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 9,780 แห่ง⁽⁹⁾ ในปี 2555 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการสำรวจโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ส้วมมีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 81.81 ไม่มีส้วมสำหรับล้างมือ ร้อยละ 50 การดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และการดูแลเตาเผาขยะติดเชื้อขาดแคลนที่ปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญในการดูแล และซ่อมบำรุงระบบ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าการลักลอบทิ้งขยะซึ่งเป็นขยะติดเชื้อที่เกิดจากบริการทางการแพทย์ของหน่วยงานต่างๆ ทางสื่่อมวลชนเป็นระยะเสมอ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก มีจำนวนทั้งหมด 6 แห่ง เป็นหน่วยงานที่เป็นแหล่งกำเนิดปัญหาต่างๆ และมลพิษด้านสิ่งแวดล้อม

มากมาย เช่น ขยะมูลฝอยทางการแพทย์ มูลฝอยอันตราย น้ำเสียที่ปล่อยใช้จากกระบวนการในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น

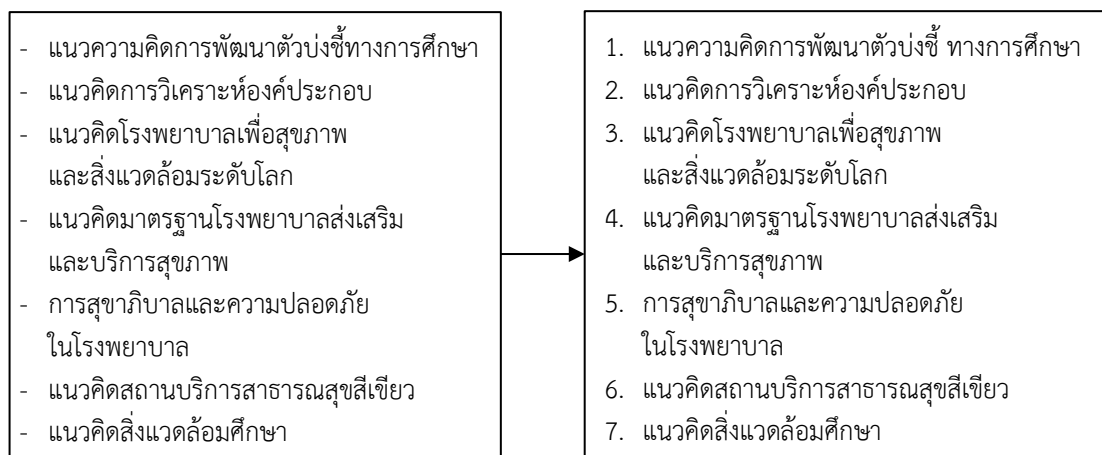
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลต้นแบบเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาก่อน และเพื่อใช้สำหรับเป็นเกณฑ์ประเมินตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลเพื่อ พัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อพัฒนาให้เป็นองค์กรที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมชุมชนให้น้อยที่สุด และสามารถพัฒนาอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมสุขความอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวความคิดการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางการศึกษา เพื่อกำหนดกรอบความคิดเชิงทฤษฎีในการพัฒนาตัวบ่งชี้ตามแนวคิดการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางการศึกษาของ James N Johnstone⁽¹¹⁾ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 6 ขั้นตอน คือกำหนดนิยามตัวบ่งชี้ คัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบสิ่งที่ศึกษา กำหนดวิธีการรวมตัวแปร กำหนดน้ำหนัก ความสำคัญของตัวแปร และตรวจสอบคุณภาพของตัวบ่งชี้ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาตัวบ่งชี้ด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษาแนวคิดการวิเคราะห์องค์ประกอบ แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษา แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานและเกณฑ์ด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดจากการประชุมว่าด้วยเรื่องโรงพยาบาลเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมระดับโลก ซึ่งจัดขึ้นโดยเครือข่ายโรงพยาบาล สถานพยาบาล ระบบสุขภาพ และองค์กรด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (Health Care Without Harm-Global) แนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ แนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดสถานบริการสาธารณสุขสีเขียว แนวคิดมาตรฐานการสุขภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล และแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาโดยจัดทำเป็นกรอบแนวคิดและตัวแปรการวิจัยไว้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก จำนวน 6 แห่ง บุคลากร 12,196 คน ดังนี้

ระยะที่1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาปัญหาความต้องการและการจัดทำ (ร่าง) ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ประกอบด้วย ผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 30 คน เพื่อยกร่างตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล

ระยะที่2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินเกณฑ์ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา จำนวน 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาหรือการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน จำนวน 3 คน

2) กลุ่มตัวอย่างในการร่วมสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อพัฒนาเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล ประกอบด้วยผู้บริหารและผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 30 คน

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นต่อเกณฑ์พัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อทำการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบและตัวบ่งชี้เกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ โดยเลือกจาก ผู้บริหารโรงพยาบาล และบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น 350 คน ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งนี้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอสำหรับ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)โดยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์และโปรแกรม AMOS สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบโมเดล ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรใช้กลุ่มตัวอย่างขนาด 100-200 หน่วย หากต้องการวิเคราะห์ที่มั่นใจควรใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 หน่วยการวิเคราะห์ตัวแบบ

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

แหล่งที่มาของข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ดังนี้

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) เป็นแหล่งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มย่อย แบบจดบันทึกการประชุม กลุ่มย่อยจากกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง
2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีผู้วิเคราะห์ วิจัยและค้นคว้าเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยการรวบรวมข้อมูลจากหนังสือ วารสาร หนังสือพิมพ์ เว็บไซต์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

การดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพและเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและการยกย่องตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล

1) แบบบันทึกการศึกษาจากแนวคิด มาตรฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยวิธีวิจัยเอกสาร (Documentary research)

2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มย่อย (Focus groups) เพื่อใช้จัดบันทึกการประชุมการสนทนากลุ่มย่อย เพื่อยกย่องเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล ของผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลพุทธโสธร

ระยะที่ 2 การศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล

1) แบบสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน เพื่อสอบถามความคิดเห็นของ (ร่าง) เกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ที่สร้างขึ้นกับสภาพการดำเนินการจริงในการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล

2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มย่อย เพื่อใช้จัดบันทึกการประชุมการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธร

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ยืนยันเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล ใช้แบบสอบถามเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ เพื่อยืนยันองค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เพื่อออกหนังสือขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง เพื่อขอจัดเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เพื่อออกหนังสือแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้ศึกษาได้กำหนดขั้นตอนเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

3.1 จัดสนทนากลุ่ม ผู้บริหาร และคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาล จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

3.2 การประเมินเกณฑ์ตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล โดยการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน เพื่อประเมินเครื่องมือการวิจัยพร้อมข้อเสนอแนะ

3.3 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อยืนยันองค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลต้นแบบ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการพรรณนา (Descriptive analysis) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (In-depth interviews) และการสนทนากลุ่มมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือในลักษณะสามเส้า (Triangulation)
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective-Congruency: IOC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ การจัดสนทนากลุ่ม การจดบันทึก และข้อมูลเชิงปริมาณ
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง (Structural equation modeling: SEM) เพื่อวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างและทดสอบสมมติฐานด้วยโปรแกรม AMOS
4. การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล (Goodness of fit measures)
5. การปรับโมเดลที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ พิจารณาจาก Modification indices เป็นกลุ่มที่แสดงค่า M.I. จากตาราง Covariances หรือ Regression ใช้ปรับสมการโครงสร้างตามสมมติฐานเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามข้อเสนอแนะของโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ทีมผู้วิจัยการศึกษาครั้งนี้ ได้คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้ชี้แจงและให้ข้อมูล การศึกษา การทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระเบียบการเก็บรักษาข้อมูล ความสำคัญของการศึกษา ได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่และเลขบัตรประจำตัวประชาชนในแบบสอบถาม การวิเคราะห์เป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

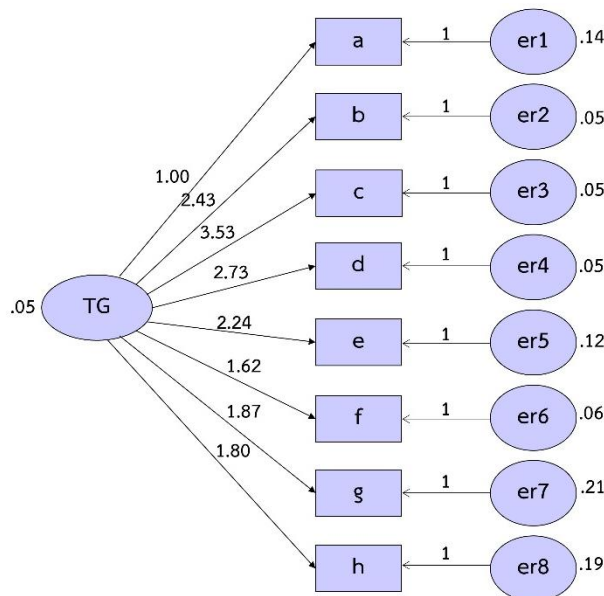
บุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ภาคตะวันออก ที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 72.57 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 59.44 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 55.72 ตำแหน่งข้าราชการ จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 55.71 มีประสบการณ์การทำงาน 21-30 ปี จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 37.43 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูล จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=350)

ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลต้นแบบ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	96	27.43
หญิง	254	72.57
อายุ		
ต่ำกว่า 25 ปี	13	3.71
26-35 ปี	41	11.71
36-45 ปี	88	25.14
46-60 ปี	208	59.44
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	3.71
มัธยมศึกษา	20	5.71
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	63	18.00
ปริญญาตรี	195	55.72
สูงกว่าปริญญาตรี	59	16.86
ตำแหน่ง		
ลูกจ้างชั่วคราว/จ้างเหมาบริการ	14	4.00
ลูกจ้างประจำ	19	5.43
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	62	17.72
พนักงานราชการ	67	19.14
ข้าราชการ	188	53.71
ประสบการณ์การทำงาน		
ต่ำกว่า 10 ปี	41	11.71
11-20 ปี	71	20.29
21-30 ปี	131	37.43
31-40 ปี	107	30.57

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดล ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ทั้ง 8 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 (A) ด้านการบริหารจัดการ องค์ประกอบที่ 2 (B) ด้านกายภาพ องค์ประกอบที่ 3 (C) ด้านการจัดการพลังงาน องค์ประกอบที่ 4 (D) ด้านการจัดการน้ำ องค์ประกอบที่ 5 (E) ด้านการจัดการของเสีย องค์ประกอบที่ 6 (F) ด้านการจัดการความปลอดภัย องค์ประกอบที่ 7 (G) ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 8 (H) ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความพอดีของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการคำนวณค่า ไค-สแควร์ (χ^2) ค่า GFI, ค่า AGFI ค่า RMSEA ค่า CN ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b) ค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่า t และค่าความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (R^2) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Amos เพื่อวิเคราะห์ผลการตรวจสอบหลักฐานความเหมาะสม และความพอดีของโมเดล จากค่า χ^2 ที่ $p>0.05$ ค่า GFI, AGFI ตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไป ค่า RMSEA<0.08 และค่า CN>200

ซึ่งโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ใน 8 องค์ประกอบ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมพอดีของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นั้น จากตารางที่ 17 ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 8 ตัว ส่วนใหญ่ทั้งหมดไม่ปรากฏว่ามีความสัมพันธ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์เกินกว่า 0.90 ยกเว้นองค์ประกอบที่ 3 (C) ด้านการจัดการพลังงาน ซึ่งถือว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองหรือไม่มีความสัมพันธ์กันตรงพหุ จึงสามารถทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ของการวิจัยเพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตามได้ โดยการวิเคราะห์สมการโครงสร้างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้ดังภาพที่ 1



Chi-square = 1157.038, Degrees of freedom = 20

Probability level = 0.000 และ CMIN/DF = 57.852

ภาพที่ 1 การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างตามสมมติฐาน แสดงการศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ (ก่อนปรับโมเดล)

จากภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของสมการโครงสร้างตามสมมติฐานยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดให้ที่จะสามารถยอมรับโมเดลสมการโครงสร้างได้ พบว่า ค่าดัชนีชี้วัดที่ได้เป็นผลการวิเคราะห์สมการโครงสร้างตามสมมติฐานค่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นโมเดลสุดท้ายที่มีความเหมาะสมที่สุด (Model fit) ในการนำไปใช้อธิบายสมมติฐานการ พิจารณาได้จากค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าตามเกณฑ์ทุกค่า โดยค่า Chi-square=5.210 Degrees of freedom=2 Probability level=0.74 CMIN/DF=2.605 GFI=0.996 และ RMSEA=0.068 จะเห็นได้ว่า ค่า Probability Level มีค่ามากกว่า 0.05 และ CMIN/DF มีค่าน้อยกว่า 3 GFI มีค่าเท่ากับ 0.997 ซึ่งเข้าใกล้ 1.0 RMSEA มีค่าเท่ากับ 0.000 แสดงว่าโมเดลองค์ประกอบมีความเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของตัวแปรกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ลำดับที่	ค่า	เกณฑ์	ค่าก่อนปรับ	ผลการพิจารณา
1	$\chi^2 *$	$p > 0.05$	0.74	ผ่าน
3	GFI	$0.90 < GFI \leq 1.00$	0.996	ผ่าน
4	AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	0.933	ผ่าน
5	RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.08$	0.068	ผ่าน
6	CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	0.999	ผ่าน
7	NFI	$0.90 \leq NFI \leq 1.00$	0.999	ผ่าน
8	TLI	$0.90 \leq TLI \leq 1.00$	0.987	ผ่าน
9	Standardized RMR	< 0.05	0.003	ผ่าน

จากการพิจารณาตัวแปรแฝงทั้ง 8 ตัวแปร สามารถใช้เป็นองค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดล ของการศึกษาและพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ทั้ง 8 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 (A) ด้านการบริหารจัดการ องค์ประกอบที่ 2 (B) ด้านกายภาพ องค์ประกอบที่ 3 (C) ด้านการจัดการพลังงาน องค์ประกอบที่ 4 (D) ด้านการจัดการน้ำ องค์ประกอบที่ 5 (E) ด้านการจัดการของเสีย องค์ประกอบที่ 6 (F) ด้านการจัดการความปลอดภัย องค์ประกอบที่ 7 (G) ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 8 (H) ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชนมีความเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาลำดับความสำคัญของทั้ง 8 องค์ประกอบตามค่าน้ำหนักแล้ว พบว่า องค์ประกอบที่ 3 (C) ด้านการจัดการพลังงาน องค์ประกอบที่ 4 (D) ด้านการจัดการน้ำ องค์ประกอบที่ 2 (B) ด้านกายภาพ องค์ประกอบที่ 7 (G) ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ องค์ประกอบที่ 5 (E) ด้านการจัดการของเสีย องค์ประกอบที่ 6 (F) ด้านการจัดการความปลอดภัย องค์ประกอบที่ 1 (A) ด้านการบริหารจัดการ และ องค์ประกอบที่ 8 (H)

ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชนโดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 4.30, 3.14, 2.92, 1.95, 1.94, 1.86, 1.00 และ 0.44 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรแฝงไปตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรอิสระ

ตัวแปรสังเกตได้	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรอิสระ (λ_x)
องค์ประกอบที่ 1 (A) ด้านการบริหารจัดการ	1.00
องค์ประกอบที่ 2 (B) ด้านกายภาพ	2.92
องค์ประกอบที่ 3 (C) ด้านการจัดการพลังงาน	4.30
องค์ประกอบที่ 4 (D) ด้านการจัดการน้ำ	3.14
องค์ประกอบที่ 5 (E) ด้านการจัดการของเสีย	1.94
องค์ประกอบที่ 6 (F) ด้านการจัดการความปลอดภัย	1.86
องค์ประกอบที่ 7 (G) ด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	1.95
องค์ประกอบที่ 8 (H) ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน	0.44

การอภิปรายผล

การวิเคราะห์เพื่อยืนยันองค์ประกอบตัวบ่งชี้ เกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์และโปรแกรม AMOS สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบโมเดล เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ใน 8 องค์ประกอบ 18 องค์ประกอบย่อย 83 ตัวบ่งชี้ มีความเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงเป็นที่ยืนยันต่อเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลต้นแบบ ที่โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ภาคตะวันออก สามารถนำไปใช้ในการนำร่องการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ทันที เพราะปรากฏการณ์สิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่ในขณะนี้ ควรได้รับการแก้ไขโดยด่วน โดยกำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วน การจัดทำแผนปฏิบัติงาน การจัดทำโครงการต่างๆ การบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชน ดำเนินการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมให้บรรเทาหรือส่งผลกระทบต่อให้น้อยที่สุด เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต คุณภาพสิ่งแวดล้อม ให้ดำเนินไปอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ ไพศาล ปันแดน⁽¹²⁾ ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมศึกษาสำหรับโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตาก เขต 1 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมศึกษาสำหรับโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตาก เขต 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้บริหารการศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา และครูในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตาก เขต 1 จำนวน 350 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง และวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ การหาค่า

ความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงโครงสร้างหรือโมเดลลิสเรล ผลการวิจัยพบว่า 1) เกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมศึกษาสำหรับโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตาก เขต 1 มีจำนวน 6 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย 60 ตัวชี้วัด ได้แก่ องค์ประกอบหลักที่ 1 มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ มีองค์ประกอบย่อย 2 มาตรฐาน 10 ตัวชี้วัด องค์ประกอบหลักที่ 2 มาตรฐานด้านการจัดการเรียนรู้ มีองค์ประกอบย่อย 2 มาตรฐาน 10 ตัวชี้วัด องค์ประกอบหลักที่ 3 มาตรฐานด้านคุณภาพผู้เรียน มีองค์ประกอบย่อย 2 มาตรฐาน 10 ตัวชี้วัด องค์ประกอบหลักที่ 4 มาตรฐานด้านการจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียน มีองค์ประกอบย่อย 2 มาตรฐาน 10 ตัวชี้วัด องค์ประกอบหลักที่ 5 มาตรฐานด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน มีองค์ประกอบย่อย 2 มาตรฐาน 10 ตัวชี้วัด และองค์ประกอบหลักที่ 6 มาตรฐานด้านการวัดและประเมินผล มีองค์ประกอบย่อย 2 มาตรฐาน 10 ตัวชี้วัด 2) โมเดลเกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมศึกษาสำหรับโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตาก เขต 1 จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1 ขององค์ประกอบและตัวชี้วัด มี 6 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย ทุกองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าความน่าเชื่อถือได้ของการวัดอยู่ในระดับสูงผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล มีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square=25.31, p=0.38, GFI=0.99, AGFI=0.98, RMR=0.0035, CFI=1.00, RMSEA=0.0099, CN=948.72) และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 ขององค์ประกอบหลัก 1 โมเดล มีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square=2304.99, p=1.00, GFI=0.95, AGFI=0.94, RMSEA=0.000, CN=405.36)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรนำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันไปประยุกต์ใช้กับเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมสำหรับไปใช้กับโรงพยาบาลต้นแบบ และในโรงพยาบาลนำร่องทุกภาค เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล มุมมองสถานการณ์สิ่งแวดล้อมปัจจุบันและอนาคต เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธ.ค. 8]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8983>
- กรมอนามัย. สรุปผลการดำเนินงานโครงการวันอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย ปี 2565 [ออนไลน์]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธ.ค. 8]. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th/>
- กรมอนามัย. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานของทีมภารกิจปฏิบัติการ [ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธ.ค. 8]. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th>
- วินัย วีระพัฒนานนท์. สิ่งแวดล้อมและการพัฒนา. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน; 2541.
- วินัย วีระพัฒนานนท์. หลักการสอนสิ่งแวดล้อม. พิษณุโลก: การพิมพ์ต่อทอม; 2562.

6. ไพศาล ปันแดน. การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมศึกษาสำหรับโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาตาก เขต 1. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2556;7(1):100-10.
7. ศิริชัย จันพุ่ม, ประกฤตติยา ทักชีโน, ธนัษพร บรรเทาใจ. การประยุกต์ใช้โมเดลสมการเชิงโครงสร้างพหุระดับในงานสำรวจทางสาธารณสุข. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์. 2022;17(1):1-19.
8. ศักดิ์ศรี สืบสิงห์, นิธินาถ อุดมสันต์, สุภิมล บุญพอก. การศึกษาพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเพื่อลดภาวะโลกร้อนของประชาชนใน ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์. 2562; 5(2):193-203.
9. สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 13. ผลกระทบปัญหาสิ่งแวดล้อม [ออนไลน์]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 8]. เข้าถึงได้จาก <https://www.mnre.go.th/reo13/th/news/detail/9373>
10. อติศักดิ์ สิงห์สีโว. พื้นฐานสิ่งแวดล้อมศึกษา. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
11. Killion JB, Johnston JN, Gresham J, Gipson M, Vealé BL, Behrens PI, Velasquez B, Jansen L, Woods-Fidelie L, Close DM. Smart device use and burnout among health science educators. Radiol Technol. 2014 Nov-Dec;86(2):144-54. PMID: 25391666.
12. Ute JD, William C. Environmental concern and environmental purchase intentions: The mediating role of learning strategy. Journal of Business Research. 2020; 68(9): 1974-81.

การรับรู้ด้านสุขภาพและการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

สุวพักตร์ ลิทธิ*, เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย**, อรอนงค์ พงสุภา**,
นิภารัตน์ จันทรวงศ์**, อนุวัฒน์ สุรินราช***^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม จำนวน 206 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.1 อายุเฉลี่ย 66.63 ± 10.49 SD อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 19.9 ± 16.91 mL/min/1.73m² ระดับ GFR ค่า 0-15 คิดเป็นร้อยละ 48.1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเลือกบำบัดทดแทนไต ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.96 (SD=1.43) การรับรู้ความรุนแรงของการเลือกบำบัดทดแทนไต ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.00 (SD=1.96) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดทดแทนไต ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.23 (SD=1.98) การรับรู้อุปสรรคของการเลือกบำบัดทดแทนไต ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.42 (SD=0.89) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.46 (SD=0.68) ส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีประคับประคองจำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.80 จากผลการศึกษาทำให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังรวมถึงทราบถึงการรับรู้ด้านสุขภาพและการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง สามารถนำข้อมูลมาประกอบแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการรักษาได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการตัดสินใจล่าช้า

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ; บำบัดทดแทนไต; ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

*** อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

^a Corresponding author: อนุวัฒน์ สุรินราช Email: aoffsurinrach@snru.ac.th

รับบทความ: 19 มิ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 4 ส.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 4 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 25 ก.ย. 66

Health Perceptions and Decision-making on Renal Replacement Therapy in the Nephrology Department of Si Songkhram Hospital Nakhon Phanom Province

Suwapak Sitthi*, Siamhong Prompakai**, Onanong Phongsupha**,
Niparut Chanwong**, Anuwat Surinrach***^a

Abstract

The purposes of this survey research were to determine health perceptions and decision-making on Renal Replacement Therapy (RRT) in nephrology department of Si Songkhram hospital, Nakhon Phanom province. Samples were 206 chronic kidney disease patients. Data were collected using self-administered questionnaires that included demographics data, health perceptions, and cue to action. Frequencies, percentages, means and standard deviations were used for the data analyses.

Results showed that mean age of the samples was 66.63 years old (SD=10.49). Estimated glomerular filtration rate (eGFR) was 19.9 ± 16.91 mL/min/1.73 m² while the level 0-15 of GFR was 48.1. Perceived susceptibility of decision-making on RRT was at a high level ($\bar{X}=4.96$, SD=1.43). Perceived severity of decision-making ($\bar{X}=3.00$, SD=1.96), perceived benefits of decision-making ($\bar{X}=3.23$, SD=1.98), perceived barriers of decision-making ($\bar{X}=2.42$, SD=0.89), and cues to action on RRT ($\bar{X}=2.46$, SD=0.68) were at a moderate level. Most samples (n=117, 56.80%) selected palliative methods when making decision on RRT. According to the study results, it is important to plan for chronic kidney disease patient care. Additionally, understanding health perceptions and decision-making on RRT in chronic kidney disease patients can be a useful guide in providing patient information materials to help patients make faster decision on their treatment to reduce complications from delays in therapy.

Keywords: Health perceptions; Renal Replacement Therapy (RRT); Chronic kidney disease patients

* Medical Physician, Professional Level, Si Songkhram Hospital, Nakhon Phanom Province

** Registered Nurse, Professional Level, Si Songkhram Hospital, Nakhon Phanom Province

*** Lecturer of Health Science Program, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

^a Corresponding author: Anuwat Surinrach Email: aoffsurinrach@snru.ac.th

Received: Jun. 19, 23; Revised: Aug. 4, 23; Accepted: Aug. 4 23; Published Online: Sep. 25, 23

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุการตายและความพิการและมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาหลักของการเจ็บป่วยโดยเป็นสาเหตุการตาย 5 ใน 10 ของประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดว่า ปี ค.ศ.2020 จะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ใน 10 เท่า⁽¹⁾ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ และศักยภาพในสังคม ทำให้โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยุ่งยากต้องวางแผนการรักษาในระยะยาว ระบบดูแลต้องมีการประสานงานกันในพื้นที่สหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงสังคม ชุมชน เป้าหมายในการรักษาให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว⁽²⁾

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของโลก สาเหตุของโรคที่พบบ่อยเกิดจากเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไปทำลายหลอดเลือดฝอยในเนื้อเยื่อไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองของเสียจึงมีภาวะโปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวานจึงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตจนเกิดโรคไตวายเรื้อรัง พบความชุกโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 40⁽³⁾ การเกิดโรคไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานในระยะแรกจะไม่พบอาการผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการตรวจและการรักษาช้า พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ประมาณ 1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตรวจพบเมื่อมีอาการมากแล้ว เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD)⁽⁴⁾ ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate: eGFR) อยู่ระหว่าง 30-59 mL/min/1.73m² ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการชื้อเนื่องจากไตไม่สามารถสร้าง Erythropoietin ซึ่งเป็นสารที่ช่วยกระตุ้นให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดงจึงทำให้ผู้ป่วยชื้อระยะที่ 4 eGFR ลดลงมาก โดยอยู่ระหว่าง 15-29 mL/min/1.73m² ผู้ป่วยเริ่มอ่อนเพลียมีอาการชื้อมากขึ้นมีอาการบวมและภาวะเลือดเป็นกรด ระยะที่ 5 ค่า eGFR ลดลงต่ำกว่า 15 mL/min/1.73m² เป็นระยะที่ไตทำหน้าที่ลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีอาการบวมเพราะไตขับน้ำและเกลือลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชื้อ หอบเหนื่อย สับสน ซึม อาการดังกล่าวเกิดจากภาวะยูรีเมีย ต้องทำการบำบัดทดแทนไตวิธีล้างไต (Dialysis) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไต หรือที่เรียกว่า Renal replacement therapy (RRT)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและเศรษฐกิจ รวมทั้งคุณภาพชีวิตลดลงจากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังจะลดลงเมื่อเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 และระดับคุณภาพชีวิตจะลดลงมากขึ้น เมื่อมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต⁽⁵⁾

ดังนั้นแนวทางในการดูแลโรคไตเรื้อรังในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ยืดระยะเวลาการดำเนินของโรคเข้าสู่

ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด⁽⁶⁾ โดยผู้ป่วยควรได้รับการติดตามการรักษาตามแผนการดูแลรวมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับแผนการดำเนินชีวิตในการดูแลตนเองเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทำให้สามารถชะลอความเสื่อมของไต ป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านจิตวิญญาณ

โรงพยาบาลศรีสงครามได้ให้บริการผู้ป่วยโรคไต โดยสถิติปี พ.ศ. 2560-2563 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ได้เลือกบำบัดทดแทนไต ดังนี้ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) คิดเป็นร้อยละ 0.02, 9.30 และ 0.00 ตามลำดับ การฟอกไตทางช่องท้องแบบถาวร (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) คิดเป็นร้อยละ 21.02, 11.63 และ 9.09 ตามลำดับ และเลือกที่จะประคับประคอง (Palliative care) คิดเป็นร้อยละ 76.92, 79.07 และ 90.91 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังในระยะสุดท้ายจึงต้องมีการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเพื่อบำบัดทดแทนไต ซึ่งควรมีทางเลือกที่ดีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้การตัดสินใจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ เพื่อวางแผนทางการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพและการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาถึงการรับรู้ด้านสุขภาพและการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศรีสงครามที่เข้ารับบริการในช่วงปี พ.ศ. 2564 จำนวน 447 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม จำนวน 206 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง ช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ.2564 ในคลินิกโรคไต กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี 2) มีผลการตรวจหาค่าอัตราการทำงานของไต ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ไม่มีค่า Serum creatinine หรือค่า eGFR 2) ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นรหัส Acute kidney injury หรือ Acute renal failure จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 206 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลากแล้วไม่ใส่คืน โดยการเรียงลำดับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ามารับบริการในคลินิกแล้วทำการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ให้ครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยศึกษาจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะของโรคไต ระยะเวลาดำเนินโรคไตวาย ระยะเวลาที่บำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องฟอกไต ระยะเวลาที่บำบัดด้วยการฟอกไตทางหน้าท้อง ระยะที่บำบัดด้วยการประคับประคอง โรคร่วม ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคร่วม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเลือกบำบัดทดแทนไต จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 2 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเลือกบำบัดทดแทนไต จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 1 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดทดแทนไต จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 5 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคของการเลือกบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 3 ข้อ คำถามเชิงบวก 7 ข้อ ข้อคำถามทั้งหมดมีลักษณะเป็นข้อคำถามตอบ ใช่/ไม่ใช่ เกณฑ์ในการให้คะแนน คำถามเชิงบวก ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบใช่ ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽⁷⁾ โดยมีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป การรับรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.99 และการรับรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยแบ่งเป็นสี่ประเด็นภายใน 5 ข้อ และสี่ประเด็นภายนอก 4 ข้อ ลักษณะคำถามตอนที่ 3 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้นตามแนวคิด ของ Best⁽⁸⁾ โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 แปลผลว่าเห็นด้วยระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 เห็นด้วยระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 เห็นด้วยระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้มารับบริการจำนวน 30 คน และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นในส่วนของเครื่องมือตอนที่แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (KR-20) ทั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นภาพรวม 0.94 เท่ากับ และในส่วนของแบบสอบถาม สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และปัจจัยร่วม ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ค่าเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลศรีสงคราม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ป่วย ในวันที่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 สำหรับการบำบัดทดแทนไต

2. ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ จากกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถาม จากการตอบของกลุ่มตัวอย่างและทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดแล้วนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลหาผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองโครงการจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 007/64 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจงและขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการ มีการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร มีการปกปิดรายชื่อ รวมถึงหมายเลขเวชระเบียนของผู้เข้าร่วมวิจัย (Hospital number: HN) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมทั้งหมดภายหลังเก็บข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการมารับบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในคลินิกโรคไต โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผลการศึกษา

จากการศึกษาสถานการณ์การบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน 206 คน ระยะที่ 4 ร้อยละ 25.7 ระยะที่ 5 ร้อยละ 48.1 พบมาก ในเพศหญิงร้อยละ 62.1 อายุเฉลี่ย 66.63 ± 10.49 SD อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 19.9 ± 16.91 ml/min/1.73m² กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.1 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 66.0 และระดับ GFR ค่า 0-15 คิดเป็นร้อยละ 48.1 และผลการศึกษาพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.30 เลือกบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือด จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.90 และวิธีประคับประคอง จำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.80

กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ ตอบถูกมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 ท่านรู้หรือไม่ท่านมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคไตวาย จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 90.8 ลำดับที่ 2 ท่านรับรู้หรือไม่ท่านมีโอกาสต้องตัดสินใจเลือกตัดสินใจทดแทนไต คิดเป็นร้อยละ 90.3 และลำดับที่ 3 ท่านรับรู้หรือไม่ว่าการมีโรคประจำตัวและควบคุมไม่ได้จะมีความเสี่ยงในการเลือกตัดสินใจทดแทนไตเร็วขึ้น คิดเป็นร้อยละ 89.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต เกี่ยวกับข้อห้ามในการฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต คิดเป็นร้อยละ 43.2 ลำดับที่ 2 ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการฟอกไตทางหน้าท้อง เกี่ยวกับข้อห้ามในการฟอกทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 46.6

และลำดับที่ 3 ท่านรับรู้หรือไม่การตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต ท่านต้องเสี่ยงในการผ่าตัด และต้องรับยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต คิดเป็นร้อยละ 47.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละจำแนกรายข้อ ของการรับรู้ด้านสุขภาพของการเลือกบำบัดทดแทนไต

การรับรู้ด้านสุขภาพของการเลือกบำบัดทดแทนไต	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเลือกบำบัดทดแทนไต		
1. ท่านรู้หรือไม่โรคไตวายเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน	173	84.0
2. ท่านรู้หรือไม่ท่านมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคไตวาย จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	187	90.8
3. ท่านรู้หรือไม่ว่าโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคไตวายสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกช่วงวัย	183	88.8
4. ท่านรับรู้หรือไม่ว่าเป็น โรคไตวายเรื้อรัง	107	51.9
5. ท่านรับรู้หรือไม่ท่านมีโอกาสต้องตัดสินใจเลือกตัดสินใจทดแทนไต	186	90.3
6. ท่านรับรู้หรือไม่ว่าการมีโรคประจำตัวและควบคุมไม่ได้จะมีความเสี่ยงในการเลือกตัดสินใจทดแทนไตเร็วขึ้น	185	89.8
การรับรู้ความรุนแรงของการเลือกบำบัดทดแทนไต		
1. ท่านรับรู้หรือไม่การตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องฟอกไต อาจทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันได้	142	68.9
2. ท่านรับรู้หรือไม่การตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตทางหน้าท้องมีความเสี่ยงรุนแรงในการติดเชื้อ และเสียชีวิตได้	142	38.9
3. ท่านรับรู้หรือไม่การตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต ท่านจะต้องรับยากระตุ้นเม็ดเลือดตลอดไป	108	52.4
4. ท่านรับรู้หรือไม่การตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคองจะทำให้ท่านเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงน้ำเกินของเสียคั่ง ชักและมีอาการทางสมองได้	129	62.6
5. ท่านรับรู้หรือไม่การตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต ท่านต้องเสี่ยงในการผ่าตัดและต้องรับยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต	97	47.1
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดทดแทนไต		
1. ท่านรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดทดแทนไตทุกวิธีหรือไม่	133	64.6
2. ท่านรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันเมื่อตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องฟอกไต สามารถจัดของเสียได้ดีและมีความปลอดภัย	139	67.5
3. ท่านรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันเมื่อตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง สามารถจัดของเสียได้ดี ทำที่บ้านได้	143	69.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน และร้อยละจำแนกรายข้อ ของการรับรู้ด้านสุขภาพของการเลือกบำบัดทดแทนไต

การรับรู้ด้านสุขภาพของการเลือกบำบัดทดแทนไต	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
4. ท่านรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันเมื่อตัดสินใจเลือกการดูแลแบบประคับประคอง การปรับพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมสามารถทำได้ในทุกระยะของไต	138	67.0
5. ท่านรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันเมื่อตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ต้องฟอกเลือด แข็งแรงกว่า	113	54.9
การรับรู้อุปสรรคของการเลือกบำบัดทดแทนไต		
1. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต เกี่ยวกับข้อห้ามในการฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต	89	43.2
2. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต เกี่ยวกับสถานบริการที่มีจำกัด และการเดินทาง	145	70.4
3. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการฟอกไต	148	71.8
4. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการฟอกไตทางหน้าท้อง เกี่ยวกับข้อห้ามในการฟอกไตทางหน้าท้อง	96	46.6
5. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการฟอกไตทางหน้าท้องเกี่ยวกับการต้องมีผู้ดูแลสถานที่ฟอกไต การเก็บรักษาน้ำยา	122	59.2
6. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการฟอกไตทางหน้าท้อง เกี่ยวกับหน่วยบริการที่มีจำกัด	140	68.0
7. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง การชะลอไต ท่านต้องปฏิบัติตัวอย่างมีวินัยในเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้อาหารทดแทน	162	78.6
8. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด	173	84.0
9. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการเลือกปลูกถ่ายไต ต้องมีระยะเวลารอคอยไตจากผู้บริจาค	119	57.8
10. ท่านรับรู้ต่ออุปสรรคในการเลือกปลูกถ่ายไต การเกิดภาวะปฏิเสธไต	99	48.1

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 ท่านคิดว่าแรงจูงใจจากแพทย์/พยาบาล/ผู้ให้คำปรึกษา มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตของท่านในระดับใด คิดเป็นร้อยละ 38.3 ลำดับที่ 2 ท่านคิดว่าหากบุคคลอื่นเป็นที่รัก (พ่อ/แม่/สามี/ภรรยา/บุตร/คนรัก) มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือก คิดเป็นร้อยละ 31.1 และลำดับที่ 3 ท่านคิดว่าท่านจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตด้วยตัวท่านเองในระดับใด คิดเป็นร้อยละ 28.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	ความคิดเห็น n (%)					$\bar{x}$ (SD)
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
สิ่งกระตุ้นภายใน						
1. ท่านคิดว่าสภาวะร่างกายของท่าน ในขณะนี้และอีก 3 เดือนข้างหน้า มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกบำบัด ทดแทนไตของท่าน	45 (21.8)	83 (40.3)	40 (19.4)	11 (5.3)	27 (13.1)	3.52 (1.26)
2. ท่านคิดว่าสภาวะร่างกายของท่านเกิน ขีดจำกัด ท่านจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกบำบัด ทดแทนไตของท่าน	36 (17.5)	87 (42.2)	51 (24.8)	7 (3.4)	25 (12.1)	3.50 1.18
3. ท่านคิดว่าหากท่านได้รับความทราบ จากสภาวะร่างกายของท่านเกินขีดจำกัด ท่านจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต ของท่าน	46 (22.3)	84 (40.8)	49 (23.8)	7 (3.4)	20 (9.7)	3.63 (1.16)
4. ท่านคิดว่าหากท่านอยู่ในภาวะวิกฤต จากสภาวะร่างกายของท่านเกินขีดจำกัด ท่านจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไต ของท่าน	53 (25.7)	83 (40.3)	43 (20.9)	8 (3.9)	19 (9.2)	3.69 (1.17)
5. ท่านคิดว่าท่านจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือก บำบัดทดแทนไตด้วยตัวท่านเอง	58 (28.2)	80 (38.8)	38 (18.4)	13 (6.3)	17 (8.3)	3.72 (1.18)
สิ่งกระตุ้นภายนอก						
1. ท่านคิดว่าประสบการณ์ที่รับรู้จากผู้ป่วย รายอื่น มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือก บำบัดทดแทนไตของท่าน	20 (9.7)	8 (3.9)	44 (21.4)	88 (42.7)	46 (22.3)	3.64 (1.16)

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	ความคิดเห็น n (%)					$\bar{x}$ (SD)
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
2. ท่านคิดว่าหากบุคคลอื่นเป็นที่รัก (พ่อแม่/สามี/ภรรยา/บุตร/คนรัก) มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือก	64 (31.1)	87 (42.2)	30 (14.6)	8 (3.9)	17 (8.3)	3.84 (1.15)
3. ท่านคิดว่าหากบุคคลที่ท่านนับถือ มีอิทธิพลต่อท่าน มีส่วนสำคัญในการ ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตของท่าน	46 (22.3)	87 (42.2)	40 (19.4)	13 (6.3)	20 (9.7)	3.61 (1.18)
4. ท่านคิดว่าแรงชักจูงจากแพทย์/ พยาบาล/ผู้ให้คำปรึกษา มีส่วนสำคัญใน การตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตของท่าน	79 (38.3)	68 (33.0)	36 (17.5)	6 (2.9)	17 (8.3)	3.90 (1.19)

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลศรีสงคราม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเลือกบำบัดทดแทนไต ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.96 (SD=1.43) การรับรู้ความรุนแรงของการเลือกบำบัดทดแทนไต ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.00 (SD=1.96) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดทดแทนไต ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.23 (SD=1.98) การรับรู้อุปสรรคของการเลือกบำบัดทดแทนไต ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.42 (SD=0.89) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.46 (SD=0.68) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (n=206)

ตัวแปร	Mean	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเลือกบำบัดทดแทนไต	4.96	1.43	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเลือกบำบัดทดแทนไต	3.00	1.96	ปานกลาง
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัดทดแทนไต	3.23	1.98	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการเลือกบำบัดทดแทนไต	2.42	0.89	ปานกลาง
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	2.46	0.68	ปานกลาง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Saran et al.⁽⁹⁾ พบว่าความชุกของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วย

โดยพบช่วงอายุ 64-75 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ส่วนใหญ่เลือกรักษาแบบประคับประคอง เพราะผู้ป่วยมองว่าไม่อยากเป็นภาระของผู้ดูแล และการฟอกไตเปรียบเสมือนเครื่องพ่นธนาการที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และเชื่อว่ายังมีชีวิตอยู่ยาวนาน ซึ่งความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องการหลายงานวิจัยที่ผ่านมาที่ผู้สูงอายุเลือกที่จะประคับประคอง บำบัดทดแทนไต⁽¹⁰⁻¹²⁾

เมื่อพิจารณารายด้านตามการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเลือกบำบัดทดแทนไต อยู่ในระดับสูง ในมุมมองผู้วิจัย คิดว่าการที่กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์กับการเป็นโรคร่วมมาก่อน และการให้ความรู้ในคลินิกที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก่อนนั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสที่จะเกิดภาวะ ไตวายเฉียบพลันและเรื้อรังได้ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่รับรู้ว่าการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้เสี่ยง ต่อการเกิดโรคไตวายได้ สาเหตุหลักมาจากขาดผู้ดูแล ทำให้ต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไต ได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร⁽¹³⁻¹⁴⁾

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของการเลือกบำบัดทดแทนไต การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกบำบัด ทดแทนไต การรับรู้อุปสรรคของการเลือกบำบัดทดแทนไต และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง อาจเนื่องมาจากการแสดงออกที่เกิดจากบุคคล และความสามารถในการรับรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองจะส่งผลในการตัดสินใจว่าจะเลือกบำบัดทดแทนไตแบบไหน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ภัทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังและการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอ ไตเสื่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยเป็นความสัมพันธ์ ในทิศทางเดียวกัน ซึ่งเมื่อพิจารณาในการเลือกบำบัดทดแทนไตพบว่าส่วนใหญ่เลือกประคับประคอง ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การใช้แบบแผนความเชื่อ อาจไม่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแรงขับเคลื่อนงาน ด้านการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว อาจต้องใช้ร่วมกับการให้ความร่วมมือ ด้านครอบครัว ชุมชน เช่น การศึกษา ของ กุสุมาวดี อุปสาร และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

การตัดสินใจเพื่อเลือกการบำบัดทดแทนไตในกลุ่มผู้ป่วย ที่เลือกการบำบัดแบบประคับประคอง สิ่ง que แสดงออกให้เห็นมาก โดยการรับรู้อุปสรรคแสดงออกเกี่ยวกับการขาดผู้ดูแล กลัวการติดเชื อ กลัวความยุ่งยากลำบากในครอบครัว การเดินทางลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง เสียภาพลักษณ์ กลัวทำงานไม่ได้

หาเงินไม่ได้ ซึ่งจะส่งผลให้แสดงออกมาให้เห็นในสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีปัจจัยหลากหลาย เช่น การตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเอง ไม่อยากเป็นภาระแก่ลูกหลาน การไม่มีคนดูแล ไม่สามารถจัดหาพื้นที่ในการทำบำบัดทดแทนไตได้ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ อาทิตยา อติวิชญานนท์⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้สูง เนื่องจากปัจจัยต่างๆ ที่เกิดจากตัวผู้ป่วยและการเจ็บป่วย ผู้ป่วยบางรายอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ผู้ป่วยจะต้องมี Caregiver ในการช่วยปรึกษา ดูแล รวมถึงแพทย์และบุคลากรทางแพทย์ชั้นนำ ปรึกษาช่วยปรับความคิด พฤติกรรมและจิตใจ ไปในทางที่ดีขึ้น

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ทำให้สะท้อนถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ดังนั้นจึงควรจัดระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่จะสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพในการเลือกบำบัดทดแทนไต สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต และแก้ไขปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เพื่อเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพและการตัดสินใจเลือกการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The World Health Report 2008 Primary Health Care-Now More Than Ever. Geneva, World Health Organization. 2008
2. วิภาพร สิทธิศาสตร์, ฤทธิ เตชาดิวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์ทางสุขภาพ. 2558; 9(1):25-31.
3. เบญจมาศ เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์, ชูลินดา สะมะแอ. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3(3):194-207.
4. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เม.ย. 13]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_9.pdf
5. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso Rde C. Quality of life in patients with chronic kidney disease. Clinics (Sao Paulo). 2011;66(6):991-5. doi: 10.1590/s1807-59322011000600012.

6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึง 2566 เม.ย. 12]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/cop/clinical/rdu/rduguideline/21134/>
7. Bloom BS. Handbook on Formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
8. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.
9. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Agodoa LYC, Bhavane N, Bragg-Gresham J, et al. US Renal Data System 2017 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2018 Mar;71(3 Suppl 1):A7. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.01.002.
10. Dahlerus C, Quinn M, Messersmith E, Lachance L, Subramanian L, Perry E, Cole J, Zhao J, Lee C, McCall M, Paulson L, Tentori F. Patient Perspectives on the Choice of Dialysis Modality: Results From the Empowering Patients on Choices for Renal Replacement Therapy (EPOCH-RRT) Study. Am J Kidney Dis. 2016 Dec;68(6):901-910. doi: 10.1053/j.ajkd.2016.05.010.
11. รสติกร ขวัญชุม, พชรินทร์ คมชา, ปุรินทร์ศรีศลักษณ์, สุนิสา จันแสง. ครอบครัวกับการจัดการโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2564;10(2):6-14.
12. ญานิดา สุริยะบรรเทิง, ภัควีร์ นาคะวิโร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563;10(1):49-60.
13. อำนาจพร แดงสีบัว, อัจฉราวรรณ โตภาคนาม, สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์, จุฬารณณ์ ลิ้มวัฒนานนท์. การติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2558;9(2):181-91.
14. อภิรติ อภิวัฒน์นาก, ชิตชนก เรือนก้อน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. 2561;10(2):29-43.
15. ภทรพรรณ อุณาภาค, ขวัญชัย รัตนมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2558;10(2):44-54.
16. กุสุมาวดี อุปสาร, สุภาพร ใจการุณ, เผ่าไทย วงษ์เหลา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2559; 5(2):71-81.
17. อาทิตยา อติวิชานนท์. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. บุรพาเวชสาร. 2560; 49(2):67-78.

การพัฒนาระบบป้องกันล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

ชาห์ส สวัสดิ์กุล^a, กนกชล พุนธีราธร^{**}, จิรวัดน์ ทิววัฒน์ปกรณ์^{*}, นิตยา ทองขจร^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาระบบการป้องกันล้มของผู้สูงอายุภายในชุมชน เขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคชุมชนและท้องถิ่น และ 2) วิเคราะห์ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาระบบป้องกันล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลนครหาดใหญ่แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ คือ 1) ระยะกำหนดแผนกิจกรรม เป็นระยะที่มีการค้นหาปัญหา ประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรม 2) ระยะดำเนินการ มีการจัดอบรมให้แก่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ลงพื้นที่คัดกรองผู้สูงอายุ ให้โปรแกรมการออกกำลังกาย และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และ 3) ระยะสรุปผลและสะท้อนกลับ นำผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนกลับสู่ชุมชน และออกแบบเพื่อให้ชุมชนสามารถดำเนินงานต่อได้ด้วยตนเอง เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้คือ การทดสอบ Time Up and Go test การทดสอบลุก-ยืน 30 วินาที แบบประเมินการเสี่ยงล้ม แบบประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ข้อมูลทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ One-way ANOVA วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง 2 ครั้ง และเปรียบเทียบรายคู่ โดยใช้สถิติ Bonferroni และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัย ดังนี้ 1) ระบบการป้องกันล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ คัดกรองสมรรถนะของผู้สูงอายุด้วยอาสาสมัครในพื้นที่ ให้โปรแกรมออกกำลังกายแบบเฉพาะเจาะจง และติดตามอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการให้การเสริมแรงแก่อาสาสมัครอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ 2) ภายหลังเข้าร่วมวิจัยที่ 3 เดือน ผู้สูงอายุมีค่า TUG test และ STST test ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมวิจัยที่ $p < 0.05$

คำสำคัญ: การหกล้มในผู้สูงอายุ; การมีส่วนร่วมของชุมชน; การพัฒนาระบบ

^{*} นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

^{**} นักกายภาพบำบัด ศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา

^a Corresponding author: ชาห์ส สวัสดิ์กุล Email: cha.sawas@gmail.com

รับบทความ: 3 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 7 ส.ค. 66; ตอปรับตีพิมพ์: 7 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 ก.ย. 66

Development of Fall Prevention Model for Elderly in Community, Hat Yai Municipality

Chatass Sawasdikul^{*a}, Kanokchol Poonteertorn^{**},
Jirawat Tiwawatpakorn^{*}, Nittaya Thongkajorn^{*}

Abstract

The objectives of this participatory action research (PAR) were to 1) develop a fall prevention system for elderly in community, Hat Yai municipality and 2) analyze results of the fall prevention system development process for elderly in community, Hat Yai municipality. The research was consisted of 3 steps: 1) preparation: It's been a while to find the problem. Meeting with relevant network partners to determine the form of activities. 2) Operation phase There is a training for the leaders of public health volunteers. Visit the elderly screening area provide an exercise program and follow up on the results; and 3) the conclusion and reflection phase. The research tools in this research were the Time Up and Go test, the 30-second stand-up test, the fall risk assessment form. home environment assessment form and a knowledge test before and after entering the program.

All data were analyzed by One-way ANOVA statistics to compare the means. Between before and after two trials and comparing each pair using Bonferroni statistics and setting the significance level at $p < 0.05$ and the results of the research were as follows: 1) fall prevention system for the elderly in Hat Yai municipality It consisted of the following steps: screening the performance of the elderly by volunteers in the area. provide a specific exercise program and follow up appropriately Including providing continuous reinforcement to volunteers by a multidisciplinary team. 2) It was found that at 3 months after participating in the study, the elderly had significantly improved TUG test and STST test compared to before participating in the study at $p < 0.05$.

Keywords: Falling in elderly; Community participation; System development

^{*} Physiotherapist, Hatyai Hospital, Songkhla Province

^{**} Physiotherapist, Songkhla Provincial Administrative Organization

^a Corresponding author: Chatass Sawasdikul Email: cha.sawas@gmail.com

Received: Jul. 3, 23; Revised: Aug. 7, 23; Accepted: Aug. 7 23; Published Online: Sep. 28, 23

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10-20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด ซึ่งมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด อายุที่มากขึ้นมักมาพร้อมกับสุขภาพร่างกายที่ถดถอยลง ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อทั้งร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุเอง

การพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่สำคัญ พบผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ในกลุ่มโรคจากการบาดเจ็บ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิด การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีทั้งที่เกิดจากปัจจัยภายนอกบุคคล และปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคลเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น พื้นลื่น สิ่งกีดขวางทางเดิน แสงสว่างในที่อยู่อาศัยไม่เพียงพอ การจัดเก็บของอย่างไม่เป็นระเบียบ เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายในบุคคลจะเกี่ยวข้องกับความสามารถของระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายที่มีผลต่อการทรงตัว เช่น การมองเห็น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว เป็นต้น เมื่อล้มแล้ว จะก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกายพบได้ตั้งแต่การบาดเจ็บทางร่างกาย เช่น ข้อสะโพกหัก หلุดเลือดสมองแตก จนถึงเสียชีวิต⁽¹⁻³⁾ ข้อมูลจากกรมอนามัย พบว่า มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มจำนวน 800 ราย/ปี ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ มีความวิตกกังวล กลัวการหกล้มซ้ำ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่หกล้มเฉลี่ย 19,419-25,728 บาทต่อคน ทั้งนี้ยังไม่นับค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ ในขณะที่ผู้สูงอายุพักฟื้นตัวอีกด้วย

ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ มีจำนวนผู้สูงอายุราว 50,000 ราย แต่ละปีมีจำนวนผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นจำนวนสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลของฝ่ายสถิติ โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า ในปี 2561, 2562 และ 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาด่วนเนื่องจากการพลัดตกหกล้มจำนวน 653 ราย, 677 ราย และ 710 รายตามลำดับ และมีผู้สูงอายุมากถึง 10% ในจำนวนนี้เสียชีวิตหลังหกล้มมา 1 ปี เมื่อมองดูการจัดการเกี่ยวกับการล้มของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครหาดใหญ่ พบว่ายังมีลักษณะเป็นเชิงรับ กล่าวคือ เป็นการจัดการที่ดูแลผู้สูงอายุภายหลังการล้มมาแล้วเป็นส่วนมาก การดูแลเชิงรุก หรือการป้องกันไม่ให้เกิดการล้มในผู้สูงอายุ ยังไม่มีความชัดเจนและยังไม่เกิดความร่วมมือกันขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

ด้วยนโยบายการพัฒนาประเทศภายใต้โมเดล “ไทยแลนด์ 4.0” ที่เน้นการขับเคลื่อนสังคมสุขภาพ โดยการร่วมมือกันของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการระดมความคิด ให้สามารถหาวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ตรงจุดมากที่สุด และทำให้ประชาชนที่ประสบปัญหา ได้เข้าถึงการแก้ไข โดยตนเองมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญห ทำให้เกิดความรูสึกมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของแนวทางการแก้ปัญหานั้น ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง และสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการป้องกันไม่ให้เกิดการล้มของผู้สูงอายุ

ในชุมชน ซึ่งเป็นการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการล้ม สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการล้มได้ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาระบบป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การพัฒนาระบบการป้องกันล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่นและชุมชนเป็นพื้นฐาน ตามแนวคิดการพัฒนาชุมชนที่ได้กล่าวไว้ว่า “แนวความคิดพื้นฐานในการพัฒนาชุมชนอันจะสามารถทำงานกับประชาชนได้อย่างถูกต้อง และทำให้งานมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาชุมชนในระดับการปฏิบัติ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน (People participation) เป็นหัวใจของงานพัฒนาชุมชน โดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมที่ว่า ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจวางแผนงาน การปฏิบัติการและร่วมบำรุงรักษา”⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นการนำทรัพยากรที่มีอยู่แล้วของภาคท้องถิ่นและชุมชนมาบูรณาการร่วมกับบุคลากรทางด้านวิชาชีพ ผ่านกระบวนการค้นหาสาเหตุของปัญหา กระบวนการออกแบบวิธีดำเนินการ กระบวนการถอดบทเรียนจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และกระบวนการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเดิม จากการเสนอความคิดเห็นร่วมกับของทุกฝ่ายที่มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ทุกกระบวนการอยู่บนพื้นฐานของการมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนมุมมอง และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนแก้ไขของทุกภาคส่วน อันเป็นหลักการสำคัญที่ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมและเป็นเจ้าของ ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของระบบในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนวคิดและหลักการการพัฒนาชุมชนว่า “การพัฒนาที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่นั้น เป็นการพัฒนาที่เกิดจากความต้องการของประชาชนชาวชนบทเอง ถ้าการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากความต้องการพัฒนาชนบทของบุคคลภายนอกแล้ว มักจะมีระยะเวลาที่สั้นในการดำรงไว้ซึ่งการพัฒนา”⁽⁵⁾

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรที่ศึกษา

กลุ่มประชากรหลักที่ต้องการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรสหวิชาชีพ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เทศบาลนครหาดใหญ่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด สงขลา ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข 7 ศูนย์ ได้แก่ 1) ศูนย์สาธารณสุขสามชัย 2) ศูนย์สาธารณสุขเพชรเกษม 3) ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล 3 4) ศูนย์สาธารณสุขโพธิ์พงศา 5) ศูนย์สาธารณสุขรักษาภิบาล 6) ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล 1 และ 7) ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล 5 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง

1. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 50 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ
 - 1.1 จะต้องปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมาไม่น้อยกว่า 2 ปี
 - 1.2 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง
 - 1.3 ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ
2. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 300 คน (อสม. 1 คนดูแลผู้สูงอายุ 6 ราย) คัดเลือกโดยอสม. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ

- 2.1 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
- 2.2 อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกับอสม.แกนนำ
- 2.3 คัดกรองสมรรถภาพผู้สูงอายุแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
- 2.4 ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง หรือภาวะที่ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้

เครื่องมือในการวิจัย

1. การทดสอบ ลูกนั่ง 30 วินาที (เก้าอี้และนาฬิกาจับเวลา)⁽⁶⁾
2. การทดสอบ Timed Up and Go Test ของ Podsiadlo และ Richardson (เก้าอี้และนาฬิกาจับเวลา)⁽⁷⁾
3. แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังให้คำแนะนำป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
4. แบบบันทึกความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุ
5. แบบประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ⁽⁸⁾
6. แบบบันทึกการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ
7. โปสเตอร์ทำออกกำลังกายป้องกันล้ม พัฒนาโดยสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁽⁹⁾

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาระบบการป้องกันล้มของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมในขั้นตอนการดำเนินการ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการล้มภายในชุมชนและการเลือกพื้นที่การวิจัย ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาการล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ มาจากปัจจัยดังนี้

- เรื่องสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสมในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น พื้นลื่น บานวางของระเกะระกะ สัตว์เลี้ยงวิ่งชน การจัดวางสิ่งของใช้บ่อยในจุดที่หยิบถึงได้ยาก

- เรื่องสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ที่ถดถอยลง และขาดการตรวจสมรรถภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

- ขาดการคัดกรอง และติดตามจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ

2. เตรียมชุมชน คณะผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์โครงการ ชี้แจงปัญหา ผลกระทบที่พบ และวัตถุประสงค์ของโครงการแก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เทศบาลนครหาดใหญ่, ฝ่ายบริการสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่, หัวหน้าชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และบุคลากรทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลหาดใหญ่

3. อบรมทีมแกนนำ การอบรมจะมีทั้งหมด 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้ทั่วไปในการป้องกันการล้ม 2) ด้านการคัดกรองสมรรถนะทางด้านร่างกาย ในที่นี้ใช้ การทดสอบ Time Up and Go test และ Sit to Stand เพื่อประเมินความเสี่ยงล้ม 3) ทำออกกำลังเพื่อการป้องกันการล้ม เมื่ออาสาสมัครได้รับการอบรมทั้ง 3 ด้านนี้แล้ว จะต้องทำการทดสอบความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถนำองค์ความรู้และการจัดการไปใช้ได้จริง โดยจะต้องมีคะแนนการทดสอบมากกว่า 80% ขึ้นไป

4. ลงพื้นที่คัดกรอง อาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละพื้นที่ จะลงสำรวจและคัดกรองผู้สูงอายุภายในพื้นที่ของตน โดย อาสาสมัคร 1 คน จะดูแลและติดตามผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 6 ราย ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโดยการทำ Time Up and Go test และ Sit to stand test แล้วพบว่ามีความเสี่ยงล้มจะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มตามความเสี่ยงได้แก่ “กลุ่มที่มีความเสี่ยงล้มต่ำ” และ “กลุ่มที่มีความเสี่ยงล้มสูง” ผู้สูงอายุทุกคนจะต้องทำแบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติการล้ม ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายตามกลุ่มความเสี่ยง และได้รับการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อป้องกันบ้านของผู้สูงอายุแต่ละราย มีปัญหาหรือจุดที่ทำให้เสี่ยงต่อการล้มหรือไม่ หากมีจุดใดที่มีความเสี่ยง ผู้สูงอายุจะได้รับการแนะนำการปรับเปลี่ยนเพื่อลดความเสี่ยง ทั้งหมดนี้จะดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม

5. การติดตามอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมและการประเมินต่างๆ อาสาสมัครจะติดตามผู้สูงอายุในความดูแลของตน โดยกลุ่มเสี่ยงสูงจะถูกติดตามในระยะ 3 เดือนแรกอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ร่วมกับส่งต่อข้อมูลไปยังทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด เพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมและดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่ำ จะได้รับการติดตามในช่วง 3 เดือนแรก อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และจะทำการวัดค่า Time Up and Go และ Sit to stand ซ้ำหลังเดือนที่ 2 และ 3 การติดตามที่นำมาใช้แบ่งออกเป็น การติดตามโดยตรง และการติดตามผ่านทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์

6. การพัฒนาศักยภาพทีมแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขจะได้รับการติดตามการดำเนินงานโดยคณะผู้วิจัย ผ่านทางการประชุมกลุ่มเพื่อถอดบทเรียนและเสริมพลัง เดือนละ 1 ครั้งต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน

7. สรุปผลและสะท้อนผลกลับ ภายหลังการรวบรวมผลลัพธ์ที่ได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์และสะท้อนกลับไปยังภาคท้องถิ่นและชุมชน เพื่อรับทราบผลการดำเนินการ รวมถึงระดมความเห็นในการดำเนินการต่อโดยชุมชนเอง โดยกำหนดระยะเวลาทั้งสิ้นตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ ไปจนถึงสิ้นสุดงานวิจัย ตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม 2563-พฤษภาคม 2565

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมวิจัยจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 073-64-01 ก่อนเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงข้อมูลและลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะถอนตัวออกจากการศึกษาสามารถกระทำโดยอิสระโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง สำหรับข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะไม่

การเปิดเผยข้อมูลใดๆ เพื่อให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น

นอกจากนั้น กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องทดสอบสมรรถนะร่างกาย หากมีอันตรายร้ายแรงเกิดขึ้นระหว่างการทดสอบ เช่น ล้มระหว่างการทดสอบ จะได้รับการประสานงานช่วยเหลือตามสิทธิการรักษาพยาบาล โดยอสม.ที่ทำการทดสอบจะโทรแจ้งฉุกเฉินเบื้องต้น 1669 จากนั้นจะโทรแจ้งคณะผู้วิจัยและแจ้งหน่วยบริการ ตามสังกัดของผู้เกิดเหตุ เพื่อให้การดูแลในการฟื้นฟูหลังรักษาจนกว่าจะสามารถกลับมาดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตามปกติได้ต่อไป

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลของพื้นที่วิจัยทั้ง 7 แห่งในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ พบว่ามีผู้สูงอายุในชุมชน มากถึง 7,296 ราย แต่มีจำนวนเพียง 817 ราย ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้ม คิดเป็นร้อยละ 11.2 เท่านั้น เมื่อตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้ม ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศูนย์พบว่ามีจำนวน เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2560 มีจำนวน 254 ราย ปี 2561 มีจำนวน 289 ราย และปี 2562 มีจำนวน 347 ราย เมื่อพิจารณาถึงการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีชมรมผู้สูงอายุให้ความรู้ด้านต่างๆ แต่จำกัดเฉพาะ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมเท่านั้น ส่วนการให้ความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เป็นไปตามโครงการ มากกว่าการให้ความรู้และการติดตามสมรรถนะของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในชุมชน ยังขาดการรับรู้ถึงสุขภาวะของตนเอง และขาดการตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ จากการสำรวจลักษณะสภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาบริบททางสังคม พบว่าเขตพื้นที่ เทศบาลนครหาดใหญ่มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ที่อยู่อาศัยโดยมากมีลักษณะเป็นคูหาชิดติดกัน มีพื้นที่ใช้สอย ไม่มากนัก ทำให้พื้นที่ในการจัดวางของใช้เกินมายังพื้นที่พักผ่อน ประกอบกับมักมีน้ำท่วมบ่อยครั้งในหน้าฝน ชาวบ้านในชุมชนจึงนิยมเก็บของไว้ในที่สูง ยากต่อการหยิบใช้สอยของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้ม จากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

ด้านกระบวนการพัฒนา

1. เกิดคณะทำงานภายใต้ชื่อ “คณะกรรมการโครงการติดอาวุธสูงวัยห่างไกลล้ม” โดยการมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่นคือเทศบาลนครหาดใหญ่ ภาคประชาชนคืออสม.และผู้นำชุมชน และภาคบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งได้แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามอำนาจและความสามารถของแต่ละฝ่าย
2. กิจกรรมอบรมอาสาสมัครแกนนำ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันของชุมชน ได้คัดเลือกอาสาสมัคร ในแต่ละพื้นที่ คือ อสม.และผู้นำชุมชนที่สนใจเข้าร่วมอบรม นำความรู้ไปเผยแพร่ต่อ ประกอบด้วยความรู้ ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ปลอดภัยต่อการพลัดตกหกล้ม ความรู้ด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกัน การล้ม และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการล้ม รวมถึงลงชุมชนเพื่อคัดกรองสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนตนเอง รวมทั้ง ทำหน้าที่ในการติดตาม และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยติดตามผู้สูงอายุอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง

3. กิจกรรมเสริมพลัง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระหว่างกันและกันของอสม. เป็นการกระตุ้นและเสริมพลังในการทำหน้าที่แกนนำอย่างต่อเนื่อง และเป็นกิจกรรมที่อสม.สามารถสะท้อนปัญหาที่พบเจอ และรวมกลุ่มเสนอแนวคิดเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยจัดให้มีกิจกรรมเสริมพลังเดือนละ 1 ครั้ง หลังการดำเนินงานพบปัญหาในการดำเนินงานในกิจกรรมการลงคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่ดังนี้

- เนื่องจากช่วงดำเนินงาน เป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้ผู้สูงอายุและอาสาสมัครกังวลเรื่องความปลอดภัยในการลงคัดกรองในชุมชน จึงร่วมกันเสนอความคิดเห็นให้มีการป้องกันรัดกุมตามหลักของกระทรวงสาธารณสุข และลดการติดตามที่บ้าน เป็นการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์แทน
- ปัญหาผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและมีข้อเสนอแนะว่า ในเขตชุมชนที่มีพื้นที่ส่วนกลางจะชวนผู้สูงอายุในความดูแลของตนมาออกกำลังกายเป็นกลุ่ม เพื่อให้เกิดความสนุกสนาน ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง
- ปัญหาการเข้าถึงผู้สูงอายุของอสม.บางท่านที่มีประสบการณ์น้อย เมื่อผู้สูงอายุปฏิเสธการออกกำลังกาย ทำให้ไม่สามารถหาวิธีการชักจูงได้อีก ที่ประชุมจึงช่วยกันเสนอความเห็น ว่า ควรตามผู้สูงอายุรายที่ปฏิเสธต่อไป แต่ให้มีการลงเยี่ยมของอาสาสมัคร 2 ท่าน คืออาสาสมัครเจ้าของพื้นที่ และอาสาสมัครที่มีประสบการณ์มากในการชักจูง

จากข้อเสนอแนะดังกล่าว อสม.ทุกท่านเห็นด้วยและมีความยินดีทำตามข้อเสนอแนะนั้นๆ

4. กิจกรรมสรุปผล หลังการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหที่พบเจอระหว่างดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือดี เกิดความร่วมมือกันของอาสาสมัครในเขตพื้นที่เดียวกัน และต่างพื้นที่ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน และมีความรู้สึกมีความสุขที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

ด้านผลลัพธ์จากการพัฒนา

1. ค่าสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ วัดโดย Time Up and Go และ Sit to stand test ที่ก่อนเข้าร่วมงานวิจัย หลังการเข้าร่วมที่ 2 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ มีค่าดีขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.001$ (ใช้สถิติ One-way ANOVA วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง 2 ครั้ง และเปรียบเทียบรายคู่ โดยใช้สถิติ Bonferroni และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ตารางที่ 1 ค่าการทดสอบ Time up and go และ Sit to stand ในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบสามช่วงเวลา ในสัปดาห์ที่ 0, 8 และ 12

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD			p-value<0.05		
	สัปดาห์ 0	สัปดาห์ 8	สัปดาห์ 12	p-value	0-8	0-12
Time Up and Go	11.31+4.44	10.87+4.85	10.02+4.53	<0.001	0.02	<0.001
Sit to Stand	12.75+0.32	13.5+0.33	14.6+0.33	<0.001	<0.001	<0.001

2. จากผลการดำเนินโครงการพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 176 คน จาก 217 คน มีการออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งเป็นจำนวนครั้งที่เพียงพอให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นต่อสุขภาพ ทั้งนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินโครงการ ว่าในกลุ่มนี้มีการออกกำลังกายก่อนเข้าโครงการเป็นปกติหรือไม่ แต่จากการติดตามของอสม. หลังสอนท่าออกกำลังกายป้องกันล้ม และติดตามอย่างสม่ำเสมอ ผ่านทางปฏิทินบันทึกการออกกำลังกาย พบว่ามีการออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ อย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน ในจำนวน 176 คนนี้ มีการรวมกลุ่มกันออกกำลังกายจำนวน 2 ชุมชน โดยมีอสม.เป็นแกนนำ การออกกำลังกายแบบกลุ่มส่งผลให้เกิดความสนุกสนาน สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุหันมาร่วมกันออกกำลังกายได้

3. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ส่วนใหญ่มีปัญหาเล็กน้อยจำนวน 180 หลังคาเรือน เช่น การวางข้าวของอย่างไม่เป็นระเบียบ มีพรมเช็ดเท้าทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้ม เป็นต้น การให้คำแนะนำให้วางข้าวของให้สะดวกต่อการหยิบใช้ ไม่ต้องเอื้อม หรือเขย่งตัวเพื่อที่จะหยิบสิ่งของเหล่านั้น การแนะนำให้ยัดผ้าเช็ดเท้าให้ติดกับพื้น เป็นคำแนะนำที่ทำได้ง่าย จึงเห็นผลว่าแต่ละหลังคาเรือนสามารถปรับตามได้ดี ส่วนในกลุ่มที่มีปัญหาระดับแรงแก้ไข และควรปรับปรุงเร่งด่วน มีจำนวน 62 และ 4 หลังคาเรือนตามลำดับ ส่วนใหญ่มีเรื่องของแสงสว่าง และทางต่างระดับภายในบ้าน และขาดราวจับภายในห้องน้ำ ซึ่งยากต่อการเปลี่ยนแปลง ด้วยงบประมาณที่มีจำกัด ดังนั้นจึงให้คำแนะนำ และปรับโดยใช้อุปกรณ์เท่าที่จะหาได้ ผู้สูงอายุและญาติต้องมีความระมัดระวังและตระหนักถึงอันตรายให้มากขึ้น

4. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการร้อยละ 86 แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มที่ชัดเจนกว่าที่ผ่านมา เช่นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเพิ่มแสงสว่างภายในบ้าน เป็นต้น และมีผู้สูงอายุร้อยละ 12 จากจำนวนผู้สูงอายุ 217 รายที่มีการออกกำลังกายต่อเนื่อง แม้จะเสร็จสิ้นงานวิจัยไปแล้ว โดยมีอสม.ในพื้นที่เป็นแกนนำ

อภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในกลุ่มวิจัย เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเข้าถึงกิจกรรมที่องค์กรภายนอกจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุได้ยาก อีกทั้งใช้ช่วงเวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านจึงทำให้เป็นกลุ่มที่เกิดการพลัดตกหกล้มจากสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้มากที่สุด สอดคล้องกับการวิจัยของ Seyed Saeed และคณะ ที่พบว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้ม เกิดขึ้นภายในบ้าน⁽¹⁰⁾ และจากการค้นข้อมูลย้อนหลังพบว่าผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ และภายหลังการคัดกรองไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่รับรู้ถึงสุขภาพปัจจุบันของตน นำไปสู่อัตราการล้มที่มากขึ้นทุกๆ ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ญานิกา พาพิพัฒน์ และจรณชัย ต้นไธ ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ในตนเองต่อการดูแลรักษาสุขภาพ พบว่ายังสามารถสร้างความตระหนักรู้ได้มาก จะยิ่งเพิ่มการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น⁽¹¹⁾

2. จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการป้องกันล้มของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ ในครั้งนี้ พบว่าเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการสร้างเสริมกิจกรรม ลงมือปฏิบัติ ติดตามและปรับเปลี่ยนแก้ไขกิจกรรมเมื่อเกิดปัญหา ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกันระหว่างคนในชุมชนเอง และผู้เกี่ยวข้อง

ทำให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี เกิดผลลัพธ์ที่ตรงกับวัตถุประสงค์ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนาที่พบว่า การอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชนสามารถทำให้เกิดแรงกระตุ้น และแรงผลักดันในการพัฒนาชุมชนให้สำเร็จได้⁽¹²⁾ นอกจากนั้น การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่นั้นๆ เป็นแกนนำ เพื่อจัดการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ พบว่า สามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงองค์ความรู้ เกิดแรงกระตุ้น เกิดการรวมกลุ่มเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรและคณะ พบว่าความสำเร็จในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีแกนนำซึ่งเกิดจากชุมชนนั้นๆ เข้ามามีส่วนร่วม สิ่งที่ต้องจัดการให้ดีคือภาวะผู้นำและศักยภาพของแกนนำที่เกี่ยวข้อง⁽¹³⁾ การแต่งตั้งคณะทำงานอย่างเป็นรูปธรรมและเฉพาะต่อการจัดการปัญหายังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากเกิดการร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งส่วนท้องถิ่น ส่วนชุมชน และส่วนบุคคลสาธารณสุข ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนทรัพยากรที่ต่างฝ่ายมี และนำมาบูรณาการร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตยานภิศ พละศึก และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีผลออกมาอยู่ในระดับดีนั้น ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากการแก้ปัญหาจำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนจากทุกฝ่ายในการแก้ไข

3. ผลลัพธ์จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าภายหลังการออกกำลังกายต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน ผู้สูงอายุมีก่า TUG และค่า STS ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากทำออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุได้รับมีความเฉพาะเจาะจงต่อการพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Saeide Solati ได้ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการทรงท่า โดยใช้การออกกำลังกายแบบ Otago พบว่าการออกกำลังกายแบบเฉพาะเจาะจงช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงท่า ส่งผลต่อรูปแบบการเดินที่ดีขึ้น และการกลิ้งล้มที่ลดลง⁽³⁾ ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องจากอสม.ในพื้นที่ของตนในลักษณะอาศัยความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ช่วยกระตุ้นและเสริมพลังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ซึ่งการเสริมพลังแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องนี้เอง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sook Jung-Kim & Bok-He Cho ว่าการเสริมพลังทางบวกอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกายในระยะยาวได้⁽¹⁵⁾ ดังคำกล่าวจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าเป้าหมายสุดท้ายของกลวิธีการดูแลตนเองคือการสร้างพลังให้ประชาชนสามารถกำหนดหรือจัดการกับสุขภาพตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

1. Clemson L, Fiatarone Singh MA, Bundy A, Cumming RG, Manollaras K, O'Loughlin P, Black D. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ*. 2012 Aug 7;345:e4547. doi: 10.1136/bmj.e4547.
2. Ahmadihangar A, Javadian Y, Babaei M, Heidari B, Hosseini S, Aminzadeh M. The role of quadriceps muscle strength in the development of falls in the elderly people, a cross-sectional study. *Chiropr Man Therap*. 2018 Aug 6;26:31. doi: 10.1186/s12998-018-0195-x.

3. Arzhane SSD, Hazrati M, Ashraf A. The Effect of Otago Exercise Program Training on Balance and Fear of Falling in Elderly Individuals. Research square. 2019; <https://doi.org/10.21203/rs.2.17067/v1>.
4. นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์. กฬาพัฒนากร. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน; 2550.
5. ดิเรก ฤกษ์ห่วย. การพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2527.
6. Millor N, Lecumberri P, Gómez M, Martínez-Ramírez A, Izquierdo M. An evaluation of the 30-s chair stand test in older adults: frailty detection based on kinematic parameters from a single inertial unit. J Neuroeng Rehabil. 2013 Aug 1;10:86. doi: 10.1186/1743-0003-10-86.
7. ชูติมา ชลาชนเดชะ. คัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test (TUG). วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2557;26(1):5-16.
8. ชุมเขต แสงวงเจริญ. บ้านปลอดภัยไม่เสี่ยงล้ม. กรุงเทพฯ: ศูนย์ออกแบบสภาพแวดล้อมเพื่อทุกคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
9. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ทำออกกำลังกายป้องกันล้ม. ยากันล้ม. กรุงเทพฯ: สสส.; 2558.
10. Mahmoodabad SSM, Zareipour M, Askarishahi M, Beigomi A. Effect of the Living Environment on falls among the Elderly in Urmia. Open Access Maced J Med Sci. 2018 Nov 24;6(11):2233-2238. doi: 10.3889/oamjms.2018.434.
11. ญาณิกา พาพิพัฒน์, จรณชัย ต้นโฮ. ความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวจั่ว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2562;4(1)2:38-50.
12. จินตนา สุจางนันท์. การศึกษาและการพัฒนาชุมชน. เชียงใหม่: นันทพันธ์ พรรัตน์; 2547.
13. สุภาพร พุทธรัตน์, สมปอง โรจน์รุ่งศิริธร, รานี เทียนฤทธิเดช. การสร้างเสริมบทบาทแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2550-2552. วารสารควบคุมโรค. 2556;39(3):246-57.
14. รัถยานภิต พลศักดิ์, เบญจวรรณ ธนอมชยวัช, ดลปภัฏ ทรงเลิศ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 2561;5(1):211-23.
15. Kim SJ, Cho BH. The effects of empowered motivation on exercise adherence and physical fitness in college women. J Exerc Rehabil. 2013 Apr;9(2):278-85. doi: 10.12965/jer.130011.

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

วิมลรัตน์ ผลพิบูลย์^{*a}, ธีรณัฐ ยินดีสุข^{**}, นิภัตรา เศรษฐจันทร์^{***},
ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์^{****}, สุวัชร นักรู้กำพลพัฒน์^{*****}

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานที่ตามมาด้วยโรคร่วมต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน มีอายุระหว่าง 37-70 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการรับประทานอาหารจากครอบครัวและดูแลตนเอง กิจกรรมทางกายลดลงหลังจากเจ็บป่วย การมาตรวจตามนัด ขอความช่วยเหลือ ทำบุญ จัดการมรดก ปัญหาและความต้องการมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากการทำงานได้ไม่เต็มศักยภาพ ด้านสังคมจากการไม่เข้าร่วมสังคม แต่มีส่วนส่งเสริมให้สามารถลดเลิกการดื่มแอลกอฮอล์ได้ และด้านสุขภาพ ในประเด็นเรื่องสิทธิการรักษาและผู้ดูแล ปัจจัยเงื่อนไข คือสถานภาพสมรส สำหรับผู้ที่มีครอบครัว-คนรัก จะมีคนดูแลและกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพ ด้านอาชีพ ผู้ที่มีงานประจำอาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เพราะมุ่งผลลัพธ์ในการทำงาน และช่วงอายุ ในกรณีที่มียาอายุมากขึ้น มีความต้องการผู้ดูแลมากกว่าผู้ที่ยาอายุ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอให้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมต้องนำครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และให้ความสำคัญกับช่วงวัยในการให้คำแนะนำ ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การเตรียมความพร้อมในวิถีของศาสนา และเข้าถึงความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง; ผู้ป่วยเบาหวาน; โรคร่วม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^a Corresponding author: วิมลรัตน์ ผลพิบูลย์ Email: numeaw2507@hotmail.com

รับบทความ: 17 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 13 ส.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 14 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 ก.ย. 66

Self-care Behaviors among Diabetic Patients with Comorbidities

Wimonrut Polpibul^a, Teranut Yindesuk^{**}, Niphatra Setthajan^{***},
Sirirat Kosalwat^{****}, Suvapat Nakrukamphonphatn^{*****}

Abstract

Diabetes with various comorbidities tends to increase. This qualitative research aimed to study self-care behaviors of diabetic patients with comorbidities. Data were collected through observations, in-depth interviews, and document studies. Triangulation was employed to verify the reliability of the data. The data were analyzed using content analysis. Results showed that, 10 key informants aged range from 37 to 70 years old. Their self-care behaviors included eating food prepared by families and self-care management. Their physical activity decreased after their illness. Their self-care behaviors included preparing for follow-ups, asking for helps, doing merits, managing their inheritance. There are three aspects of problems and needs: 1) economic aspect due to the inability to work at full potential, 2) social aspect due to unable to join activities in the communities, which providing a good opportunity to reduce alcohol consumption, and 3) health aspect which included health security and rights for care. Conditional factors that affected self-care was marital status. Patients who were married or lived with their family tended to have persons to provide care and encouragement. Professionals who worked full-time jobs may have limitations in self-care because of their works. Older age groups tended to need more caregivers than those who were younger.

It is recommended for healthcare providers to involve family members in care that is age-appropriate and focus on health education, promoting physical activity suitability with illness, and mental preparation according to religious principles to approach the state of mind and body.

Keywords: Self-care behaviors; Diabetic patients; Comorbidity

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani Province

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

^{***} Instructor, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University

^{****} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ratchathani University

^{*****} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubonratchathani University

^a Corresponding author: Wimonrut Polpibul Email: numeaw2507@hotmail.com

Received: Jul. 17, 23; Revised: Aug. 13, 23; Accepted: Aug. 14, 23; Published Online: Sep. 28, 23

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases; NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลกกว่า 41 ล้านคน หรือร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลก ซึ่งประชาชนที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีอายุระหว่าง 30-69 ปี สามในสี่ของประชาชนที่เสียชีวิตนั้นอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ส่วนสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (9.3 ล้านคน) โรคระบบทางเดินหายใจ (4.1 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน)⁽¹⁾ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่อยู่ในระบบทะเบียนจำนวน 3.3 ล้านคน และใน พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน มีอัตราการตาย 25.1 ต่อแสนประชากร และเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของการเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง⁽²⁾

เมื่อป่วยเป็นเบาหวานแล้ว มักจะมีโรคร่วมที่เกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคจอประสาทตา โรคไต และเท้าเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (MI) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) รวมถึงโรคที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเบาหวานโดยตรง เช่น โรคซึมเศร้า ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ⁽³⁻⁴⁾ นอกจากนั้นผู้ป่วยมักจะมีอาการน้ำตาลต่ำ หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะฉุกเฉินทางเดินหายใจ หัวใจ ไต ที่เป็นสาเหตุให้เข้าอนโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาระดับฉุกเฉินในผู้ป่วยเบาหวาน จากสถิติพบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ถูกวินิจฉัยด้วยโรคเบาหวานและโรคอื่น เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เมื่อนอนโรงพยาบาลและหลังกลับบ้านต้องได้รับการติดตามโดยตรวจตามนัดทางห้องปฏิบัติการและพบแพทย์ ซึ่งการเจ็บป่วยจะส่งผลในการรักษาต่อเนื่องในระยะยาว มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางประการ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ด้านเศรษฐกิจ พบความสูญเสียจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องนั้นมีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากความเจ็บป่วย ความพิการ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากจะหลีกเลี่ยงของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดสรรและลงทุนในประเทศไทยค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย 3,128 บาทต่อคน และหากคำนวณจากประชากรกลางปี 2560 จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า 2 แสนล้านบาท⁽⁵⁾

จากสถานการณ์ข้างต้น ได้มีการดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)⁽⁶⁾ ไทยกำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ.2560-2579⁽⁷⁾ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยธรรมชาติ (พ.ศ. 2560-2574) มีตัวชี้วัดที่สำคัญและมีค่าเป้าหมายใน พ.ศ. 2579 คือ อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ 25 ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทยอายุ 15 ปี มีค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ 50 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากร 15 ปีขึ้นไป มีค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ 40 ระดับสมรรถนะของระบบป้องกันควบคุมโรคตามเกณฑ์ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ สำหรับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค NCDs จาก “แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ ที่มีการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของโรค NCDs

และปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ ร่วมกับการมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) จากความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นทิศทางขับเคลื่อนสู่การลดปัญหาโรค NCDs นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะอีก ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2558-2562 แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563, แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน พ.ศ. 2553-2562, ยุทธศาสตร์การลดโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 และแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกาย ฉบับที่ 1 และกรมควบคุมโรค นอกจากการส่งเสริมป้องกันโรคแล้วยังมีการรักษาต่อเนื่องจากแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2562 นำมาสู่การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ปี พ.ศ.2560-2564 นำมาสู่การจัดบริการให้กับประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเชิงปริมาณมุ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส⁽⁸⁾ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเบาหวานและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง⁽⁹⁾ และพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งศึกษาในประเด็น เศรษฐฐานะ⁽¹⁰⁾ ความรู้ บุคลากรด้านสุขภาพ แนะนำไม่สับสน⁽¹¹⁾ การรับประทานอาหาร มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่รับประทาน ข้าวเหนียวเป็นหลัก การรับประทานอาหารรสจัด การดื่มสุรา มีการใช้สุรากลั่นพื้นบ้าน ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีความเหนื่อยล้าจากการทำงานจึงไม่ออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีการใช้สมุนไพรร่วมด้วยความเครียด คือ มีความกังวลเครียดกับอาหารเบาหวาน และกลัวความรุนแรงของโรค และไม่มาตรวจตามนัด⁽¹²⁾ จากการทบทวนงานวิจัยมีงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา และเชื่อว่า หากมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่รักษาตัวในโรงพยาบาล จะสามารถนำไปพัฒนาจัดบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ได้ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาการบริการทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม
2. เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยมีผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม ที่สามารถให้ข้อมูล สื่อสารภาษาไทยได้นอนโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานและโรคร่วมอื่น ซึ่งการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในช่วงแรกของการวิจัยยังกำหนดขนาดตัวอย่างไม่ได้แน่นอน เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลที่เพียงพอมีความอึดตัวจะยุติการเลือกผู้ให้ข้อมูล⁽¹³⁾

โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นผู้เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นจะนัดหมายวันเวลาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัยและนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยจะทำการรวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือในการบันทึกภาคสนาม เทปบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนามและผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญ โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการทำวิจัยเชิงคุณภาพก่อนดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยได้ทำการถอดเทปคำต่อคำและใส่รหัสข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย โดยตีความสำคัญของพฤติกรรม และปัจจัยเงื่อนไขเพื่อจัดทำเป็นข้อสรุปตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ความน่าเชื่อถือในการวิจัย (Trustworthiness) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือในการวิจัย (Credibility) ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน และทำการตรวจสอบ สำหรับความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) วิเคราะห์และทำความเข้าใจเรื่องราวมองเห็นภาพประสบการณ์เหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ด้านความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการทำงานร่วมกับทีมวิจัยเพื่อการตรวจสอบข้อมูล และด้านความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)⁽¹³⁾

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 030/66 S ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยให้ผู้วิจัยทราบสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือขอยุติการวิจัย การรักษาความลับ โดยผู้วิจัยจะไม่ระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูล ในการนำเสนอผลการศึกษาก็จะใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าแผนกเพื่อเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดโครงการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้พยาบาลคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ นัดหมายมาเพื่อชี้แจงรายละเอียด พร้อมกับนัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ สิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย การขอยุติการวิจัย การรักษาความลับ และขออนุญาตฉบับที่เกี่ยวกับการบันทึกเทปเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึกในห้องปิดส่วนตัวใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที หรือจนข้อมูลอิ่มตัว

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน อายุระหว่าง 37-70 ปี โดยโรคร่วมที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคปอด โดยพบว่ามีความผิดปกติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหาร กิจกรรมทางกาย การตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือ ทำบุญ จัดการมรดก ดังรายละเอียด

1. การดูแลเรื่องอาหาร มีการดูแลใน 2 ลักษณะ คือ 1) มีครอบครัวทำให้มีคนช่วยดูแล ให้การช่วยเหลือเตรียมอาหาร คนเตรียมอาหารเป็นคนในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเรื่องอาหาร และ 2) ดูแลตนเอง คือซื้ออาหารรับประทานเอง ได้แก่ คนโสด และคนที่ไม่มีภรรยาแต่อยู่ในวัยทำงาน ต้องซื้ออาหารรับประทานเอง หรือประกอบอาหารรับประทานเองตามสภาพที่สามารถจัดหาอาหารรับประทานเองได้ ดังคำกล่าว

“อยู่บ้านกับภรรยา ภรรยาเป็นคนหาอาหารเตรียมไว้ให้ ได้กินอาหารจืดๆ อาหารลดหวานมันเค็มรสชาติก็พอกินได้” (DM-001)

“อยู่บ้านกับลูก ลูกเตรียมไว้ในตู้เย็นและจะนำมาอุ่นกินเอง” (DM-002)

“มีภรรยาเหมือนว่ามีคนช่วยดูแล” (DM-004)

“มีครอบครัว ต้องทำงานนอกบ้านควบคุมอาหารบ้างตามที่สามารถทำได้ ซื้อกินเองที่ร้านอาหาร ” (DM-005)

“โสดต้องหารับประทานเอง ทำเองก็ใช้เวลาซื้อกินง่ายสะดวกดี” (DM-003)

“ทำงานก็เหนื่อยมากแล้ว เรื่องอาหารกินบ้างไม่กินบ้าง ตามสภาพ” (DM-004)

2. กิจกรรมทางกาย ภายหลังการเจ็บป่วยนั้นกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมมีการดำเนินการ 2 ส่วน คือ 1) มีกิจกรรมทางกายลดลง จากการมีโรคร่วมโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจ และมีโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับปอด และ 2) กิจกรรมทางกายเหมือนเดิมก่อนที่มีอาการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน ดังคำกล่าว

“ไม่ค่อยได้ทำอะไร เพราะภรรยากลัวมีอาการอีก” (DM-001)

“อยู่เนิ่นๆ แค่เดินก็จะเหนื่อยแล้ว” (DM-002)

“บางครั้งก็อาการเหนื่อย” (DM-004)

“ทำเหมือนเดิมกับก่อนป่วยแหละ เพราะต้องทำงาน ไม่มีอะไรมากเดินไปเดินมาทั้งวันเพราะต้องคุมงานแบบนี้ก็ออกกำลังกาย” (DM-003)

3. การตรวจตามนัด จะมีการเตรียมความพร้อมเมื่อต้องมาตรวจตามนัด ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผลเลือดดี รับประทานยาต่อเนื่อง และสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง รู้ตัวว่าจะมาก่อนนัดหรือตามนัด ดังคำกล่าว

“ตรวจตามนัด รู้จะจัดการตัวเอง มีภรรยาพาไปโรงพยาบาล ขับรถเองไม่ได้” (DM-006)

“สังเกตอาการตัวเอง ถ้ามีผิดปกติ เหนื่อยง่าย ใจสั่นก็เตรียมตัวไปโรงพยาบาลก่อนนัดแล้ว” (DM-008)

4. การขอความช่วยเหลือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมทราบว่าตนต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ หรืออาการฉุกเฉิน และทราบว่าช่องทางการช่วยเหลือ ได้แก่ โทร. 1669 ขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครัวเรือนก่อนขอความช่วยเหลือจากคนภายนอกครัวเรือน ดังคำกล่าว

“รู้ว่าหากมีอาการเวียนหัว หน้ามืดใจสั่น แน่นหน้าอก เหมือนเคยเป็น จะบอกคนที่อยู่ด้วย ระหว่างรอต้องพักก่อน หรือถ้าอยู่คนเดียวก็โทร. 1669 หรือโทรหาลูกให้มาช่วยดู” (DM-008, DM-001)

“มีอาการก็พักก่อน หากไม่หายก็ให้เพื่อนพาไปโรงพยาบาล” (DM-001, DM-009)

“ขอความช่วยเหลือโทรหาแฟนก่อน ถ้าติดต่อไม่ได้ก็ไปโรงพยาบาล โทร 1669 ก็ได้” (DM-002)

“ถ้าใจสั้น หน้ามืด หลังฉีดยาอินซูลินก็กินน้ำหวาน อมลูกอม น่าจะดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้นต้องเรียกคนมาช่วย” (DM-001)

5. **ทำบุญ** ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม คือ ไปทำบุญ และครอบครัวชวนไปทำบุญ มีความเชื่อว่าการทำบุญรักษาดีจะส่งผลให้สุขภาพแข็งแรง จิตใจเบิกบาน สามารถเป็นบุญไปสู่โลกหน้า เพื่อส่งผลให้ไม่ทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วย

“นับถือศาสนาพุทธ ภรรยาชวนไปทำบุญ เชื่อว่าทำบุญแล้วจะสุขภาพแข็งแรง จิตใจเบิกบาน” (DM-008)

“หลังจากป่วยรู้สึกชีวิตมันสั้น ไปทำบุญเผื่อไว้หากเสียชีวิตกระทันหันอาจเป็นพลังให้ไปโลกหน้าได้ไม่ตกนรก” (DM-003)

“ไม่อยากทุกข์ ทำบุญ สวดมนต์ไหว้พระ รักษาศีล” (DM-004)

“บุญรักษา ผู้ที่ทำบุญ ทำให้ใจเบิกบาน และให้อภัยตนเอง และผู้อื่น” (DM-008)

6. **จัดการมรดก** เมื่อเจ็บป่วยแล้วรู้ว่าชีวิตนี้สั้น และเห็นคนใกล้ชิด นอนโรงพยาบาลและเสียชีวิตเกินกว่าจะคาดเดา จึงมีการวางแผนในการจัดการมรดกให้กับบุตรหลาน โดยการแจ้งกับคนใกล้ชิดที่ไว้ใจว่ามีทรัพย์สินอะไรอย่างไร เป็นการเตรียมตัว ดังคำกล่าว

“ป่วยรอบนี้อาการหนัก ไม่รู้จะไปตอนไหน ถ้าเตรียมพร้อมไว้ก็จะบอกภรรยาว่ามีอะไรไว้ตรงไหนบ้างจะได้ไม่เหนียวหา เอามาวางรวมๆ กัน” (DM-008)

“กลับไปจะไปเตรียมว่าจะให้มรดกกับใครอย่างไร แต่ยังไม่เอนใจให้กลัวไม่มีคนดูแล แต่บอกคนที่ไว้ใจไว้แล้ว” (DM-001)

“เป็นการเตือนให้เราได้เตรียมตัวว่าชีวิตเรามันสั้น ที่ดิน หรือทรัพย์สินเป็นของนอกกาย ต้องเอาออกไปให้ลูกหลาน เดี่ยวเขาทะเลาะกัน” (DM-008)

ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม มี 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

1. **ด้านเศรษฐกิจ** ได้แก่ การประกอบอาชีพนั้นอาจทำงานได้ไม่เต็มที่ สมรรถนะการทำงานบางอย่างลดลงเนื่องจากอาการเจ็บป่วย ดังคำกล่าว

“ทำงานได้ไม่เต็มที่นัก เหนื่อยง่าย แต่ต้องทำเพราะถ้าไม่ทำเดียวเขาไม่จ้าง เพราะทำงานเอกชน” (DM-003)

“อาชีพขับรถรับส่งนักเรียน ตอนป่วยก็ขาดรายได้ เป็นเสาหลักของครอบครัว ก็ลำบากกันทั้งบ้าน ต้องให้พี่น้องช่วยเหลือ” (DM-007)

“รายได้ขาดเพราะไม่ได้ขายของ” (DM-008, DM-007)

“มีใบรับรองแพทย์ ลาได้ไม่ได้มีปัญหา งานด่วนไม่ค่อยมีมาก เป็นระบบมีการจัดการได้ดี ไม่ได้มีปัญหาเรื่องการทำงาน” (DM-003)

“ทำนา ทำสวนลดลง เพราะครอบครัวให้พักก่อน จ้างคนทำงานแทน” (DM-007)

2. **ด้านสังคม** มีการดำเนินการ 2 ส่วน คือ 1) การเข้าร่วมสังคมกับเพื่อนลดลงเนื่องจากเกรงว่าจะทำให้เพื่อนเดือดร้อน ไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และ 2) ได้โอกาสลดเลิกแอลกอฮอล์ คือการลดการเข้าร่วมสังคม และลดการสังสรรค์จากหน้าที่การงาน ดังคำกล่าว

“ไม่ค่อยไปหาเพื่อน กลัวว่าจะมีปัญหา กลัวเหนียว ไม่อยากให้ใครเห็นตอนไม่สบาย” (DM-008)

“ไม่ค่อยอยากเจอใคร” (DM-004)

“ลดการสังสรรค์กับเพื่อน ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงเยอะเลย ไม่ค่อยได้กิน แต่ก่อนกินบ่อย หลังเลิกงาน ได้โอกาสลดเลิก” (DM-003)

3. **ด้านสุขภาพ** ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล ผู้ดูแล การเดินทางเพื่อมารับบริการและการตรวจตามนัด

3.1) **สิทธิรักษาพยาบาล** ได้แก่ 1) ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง 2) สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และ 3) สิทธิประกันสังคม คือสิทธิการรักษาต้องย้ายมาโรงพยาบาลตามสิทธิ์ประกันสังคม หากมาตรวจตามนัด สิทธิประกันสังคมต้องจ่ายเงินเอง และกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ ดังคำกล่าว

“สิทธิจ่ายตรงก็ง่ายหน่อยที่จะไปรับการรักษา เบิกได้สะดวกดี” (DM-005)

“สิทธิประกันสังคม ตอนนั้นมีอาการหนักต้องย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลนี้ พออาการดีขึ้นหายแล้วก็ไปรับยากับโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลตามสิทธิ์ ถ้ามาตามนัดช่วงแรกก็จ่ายเงินเอง แล้วเอาไปเบิก ” (DM-003)

“มารักษาตามนัดที่โรงพยาบาลที่ตนมีสิทธิ์” (DM-003, DM-007)

3.2) **ผู้ดูแล** ต้องอาศัยผู้ดูแลหากมีอาการมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากขึ้น และมีหลายโรค ต้องการผู้ดูแลดังคำกล่าว

“คนดูแลมีความสำคัญ ถ้าไม่มีก็ลำบาก เพราะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตามมีตามเกิด” (DM-003)

“พามาโรงพยาบาล ตรวจตามนัด ขับรถเองไม่ไหว” (DM-005)

ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม จากผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม พบว่ามีปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมนั้นสามารถดูแลตนเองได้ ได้แก่ 1) สถานภาพ 2) อาชีพ ครอบครัว โรคร่วมทำให้มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม 3) ช่วงอายุ

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมมีพฤติกรรม การดูแลเป็นไปเพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง และการวางแผนอนาคต ได้แก่ การควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ที่ผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยน⁽¹⁴⁾ แต่กิจกรรมทางกายลดลงในผู้ที่มีโรคร่วม แม้ว่า

การส่งเสริมสุขภาพนั้นจะกระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เพียงพอก็ตาม รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร⁽¹⁵⁾ แต่สำหรับคนโสดที่อยู่คนเดียวทำงานจะดูแลตนเองในการเลือกรับประทานอาหารตามบริบทที่สามารถทำได้ ซึ่งไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง⁽¹⁶⁾ และรายได้จะมีความสัมพันธ์กับดูแลสุขภาพด้วย⁽¹⁵⁾ การมาตรวจตามนัดนั้นสำหรับผู้ที่มิอายุมากและไม่สามารถเดินทางไปเองได้ จะมีครอบครัวพาไป แตกต่างจากคนโสดที่ต้องเดินทางไปเอง อาจแสดงให้เห็นว่ามีมิติของการมีครอบครัว คนรัก สามารถช่วยเหลือดูแลพาไปโรงพยาบาลได้บ้าง หากมีสัมพันธภาพที่ดี การขอความช่วยเหลือนั้น พบว่าอันดับแรกนั้นผู้ให้ข้อมูลทราบว่าขอความช่วยเหลือได้จากครอบครัว และต่อมาเป็นหมายเลขโทรศัพท์ของการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ที่สามารถโทรขอความช่วยเหลือได้ แต่อาจไม่ทันเหตุการณ์ ต้องเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วย รวมทั้งมีการเตรียมตัวด้วยการทำบุญ ซึ่งสอดคล้องกับหลักศาสนาพุทธที่ได้กล่าวไว้ว่า “เมื่อจิตไม่เศร้าหมองแล้วสุคติก็เป็นตามหวังได้”⁽¹⁷⁾ ตามวิถีของชาวพุทธ รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมในการจัดการมรตกสำหรับผู้ที่มิมรตก และมีการเตรียมตัวเพื่อไม่ให้ลูกหลานต้องเดือดร้อนในการจัดงานศพ⁽¹⁸⁾ ซึ่งการเตรียมตัวเผชิญกับความตาย แม้ว่าเป็นเรื่องที่สังคมยังไม่ยอมรับมากเท่าใดนัก แต่หากมีการเตรียมความพร้อมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามสภาวะธรรมก็จะทำให้เกิดการยอมรับ และลดความทุกข์ทรมานภายในจิตใจได้

ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม พบว่าผู้ให้ข้อมูลนั้นมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพ โดยพบว่าด้านเศรษฐกิจนั้นเกี่ยวข้องกับการทำงาน หากไม่มีงานประจำ ก็เกิดความลำบากในการใช้ชีวิต เนื่องจากรายได้ส่วนใหญ่มาจากอาชีพ และมีความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้วย⁽¹⁰⁾ และหากมีสมรรถนะการทำงานดีแล้ว ก็สามารถทำให้ได้เงินค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นได้ด้วยการทำงานเอกชนที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านสังคมพบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยแล้วทำให้เข้าสังคมได้ลดลง แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง⁽¹⁵⁾ อาจแสดงให้เห็นว่าภาพลักษณ์ ภาวะการเจ็บป่วยนั้นเป็นข้อจำกัดของการเข้าร่วมสังคม การทำกิจกรรมต่างๆ ด้วย อาจจากความกลัวเหตุฉุกเฉินหรือสูญเสียภาพลักษณ์ด้วย ดังนั้นหากต้องการให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรม อาจต้องมีลักษณะที่คล้ายกันหรือมีหน่วยที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ด้วย สำหรับด้านสุขภาพนั้นหากมีสิทธิการรักษาพยาบาลที่สนับสนุนให้สามารถดูแลจนหายจากอาการเจ็บป่วยได้ก็จะทำให้ผู้รับบริการนั้นเกิดความสุขสบาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ตามสิทธิการรักษา แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในเงื่อนไขของสิทธิการรักษาบางประการ เช่น การตรวจตามนัด การรับยา การส่งต่อ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมนั้น ประกอบด้วยสถานภาพ หากมีผู้ดูแล คนรัก ครอบครัวที่ดูแลจะมีส่วนช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย นำส่งโรงพยาบาล และให้การบริบาลระหว่างและหลังการเจ็บป่วยได้

ด้านอาชีพเป็นปัจจัยเงื่อนไขสำคัญในการดูแลตนเอง เนื่องจากหากมีอาชีพอิสระสามารถบริหารจัดการตนเองได้ ก็จะทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หากทำงานประจำแล้วอาจต้องมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานการเจ็บป่วย อาจส่งผลต่อการประสิทธิภาพการทำงานได้ และช่วงอายุของผู้ให้ข้อมูลนั้นมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพบว่าคนที่มีอายุน้อยนั้นจะดูแลตนเองตามสภาพงาน แต่สำหรับผู้ที่มีอายุมากและมีโรคร่วมจะได้รับการดูแลจากครอบครัว และผู้ดูแลด้วย

ข้อเสนอสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอให้ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมต้องนำครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และให้ความสำคัญกับช่วงวัยในการให้คำแนะนำ ส่งเสริมการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การเตรียมความพร้อมในวิถีของศาสนา เข้าถึงสภาพจิตใจร่วมกับร่างกาย

ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยนี้สู่การวิจัยเชิงทดลองเพื่อนำไปสู่การเติมเต็มการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Non Communicable Disease [internet]. 2021 [cited 2022 Feb 18] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมโรคฯ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256>
3. Struijs JN, Baan CA, Schellevis FG, Westert GP, van den Bos GA. Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. BMC Health Serv Res. 2006 Jul 4;6:84. doi: 10.1186/1472-6963-6-84.
4. Long AN, Dagogo-Jack S. Comorbidities of diabetes and hypertension: mechanisms and approach to target organ protection. J Clin Hypertens (Greenwich). 2011 Apr;13(4):244-51. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00434.x.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การดำเนินการด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. United Nations. Compilation of Metadata for the Proposed Global Indicators for the Review of the 2030 Agenda for Sustainable Development [internet]. 2015 [cited 2021 May 1]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/metadata-compilation/>
7. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทยระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.

8. ดวงพร กตัญญูตานนท์, วัชรีย์ จันทรปัญญา, สุธิธิดา ปาเป้า, เสาวณี เป้าจันทาร, ธรพร น้อยเปรม, สาวิกา พาติ, และคณะ. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีนอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลในเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560;6(2):53-62.
9. สุนทรี สุรัตน์, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, เกวลี เครือจักร, วิโรจน์ มงคลเทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2559;4(2):297-307.
10. สุนันต์ เรืองรัมย์, เปรมสุรีย์ แสนสม, ศัปรียา รัตนวิมล. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2559;10(2):95-106.
11. ยุทธมาส วันดาว, ทิพมาส ชินวงศ์, อุดมรัตน์ ชโลธร, อรุณี ทิพย์วงศ์. ประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(3):52-64.
12. สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิสมล นันตา, จุฑามาศ สุขเกษม. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560;28(2):93-103.
13. ศิริพร จิรวรรณกุล. การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.
14. จิรพรรณ ผิวนวล, ประทุม เนตรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว ในตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561;1(2):46-61.
15. วิรุทธ สนธิเมือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาวเล อูรักลาโว้ย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชเวชสาร. 2565;5(2):68-78.
16. กัลยา กุระนาม, นภาพร ศรีเนตร, อาทิตยา สุมาศวรรณ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลชั้นใดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. 2563;7(2):81-94.
17. วิวิธธิดา จารุจินดา. การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยหลักพุทธจิตวิทยา. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2561;3(1):1-12.
18. ธงชัย สีสโณ, สุนันท์ เสนารัตน์. กระบวนการวัฒนธรรมทางสังคมอีสาน “เตรียมชีวิตหลังความตายเพื่อลูกหลาน” วารสารวิถ้องแห่พุทธศาสนปริทรรศน์. 2561;5(2):47-58.

ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ

อรรณวุฒิ ธรรมชาติ, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ

วิธีการศึกษา: การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการถอนพิษสุรา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มิถุนายน 2566 ติดตามผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) และแบบประเมินระดับความเสี่ยงของการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างจากระยะเริ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 16 คน และกลุ่มตัวอย่างจากระยะหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 มิถุนายน 2566 จำนวน 43 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Student's t-test และ Pearson's chi-squared test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา 59 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.92 ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก Alcohol dependence (F10.2) ร้อยละ 62.71 ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.25 ± 2.30 วัน หลังจากมีการปรับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เกิดอาการถอนพิษระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.004$) และผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 5 วันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) ผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.010$)

สรุปผลการศึกษา: การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย อาการทุเลา สามารถลดระยะเวลาที่เกิดการถอนพิษในระดับรุนแรง และสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลมีแนวปฏิบัติที่เป็นในรูปแบบเดียวกัน

คำสำคัญ: การติดสุรา; ภาวะถอนพิษสุรา; ผู้ป่วยใน

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ

^a Corresponding author: อรรณวุฒิ ธรรมชาติ Email: attawut.utp@gmail.com

รับบทความ: 22 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 28 ส.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 28 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 30 ก.ย. 66

Outcome of Alcohol Withdrawal Treatment for Inpatients, Pho Si Suwan Hospital

Attawut Thammachat, M.D.^{*a}

Abstract

Objectives: To examine the outcome of alcohol withdrawal treatment for inpatients in Pho Si Suwan Hospital.

Methods: This retrospective cohort study was conducted on the group of alcohol withdrawal patients between January 1, 2020, to June 31, 2023. Follow-up was done using the Alcohol Withdrawal Scale (AWS) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) evaluation form. The population study of 2 sample groups included the early developing period, which was 16 in-patients admitted from January 1, 2020, to December 31, 2022, and the post-developing period which was 43 in-patients admitted from January 1, 2023, to June 31, 2023. Data analysis has been carried out using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Student's t-test and Pearson's chi-squared test.

Results: 94.92 % of all 59 alcoholic patients were males; most of the patients in this group 62.71% were mainly diagnosed with alcohol dependence. The average length of stay before discharge with alcohol withdrawal was 5.25 (± 2.30 days). After the treatment guideline implementation, the average length of severe withdrawal symptoms in the post-developing group had significantly decreased (p -value=0.004), and the recovery of withdrawal symptoms in 5 days had statistically increased (p -value=0.001). Patients who could not stop drinking in three months were significantly decreased (p -value=0.010).

Conclusion: The existence of treatment guidelines for alcohol withdrawal for inpatients encouraged the patients themselves to be safe and to recover. Moreover, the length of severe withdrawal symptoms could be reduced, and the multi-disciplinary staff responsible for caregivers could pursue the unique practical treatment guideline.

Keywords: Alcohol dependence; Alcohol withdrawal; Inpatient

^{*} Medical Physician, Professional Level, Pho Si Suwan Hospital, Sisaket Province

^a Corresponding author: Attawut Thammachat Email: attawut.utp@gmail.com

Received: Jul. 22, 23; Revised: Aug. 28, 23; Accepted: Aug. 28, 23; Published Online: Sep. 30, 23

บทนำ

การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่อยู่คู่กับมนุษย์มาช้านาน เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ประเพณี ธรรมเนียมปฏิบัติ รวมไปถึงศาสนา และเกิดมุมมองทางบวก เช่น ดื่มแล้วมีความสุข มีสังคม แต่ในขณะเดียวกันก็ก่อเกิดผลเสียมากมายทั้งต่อตัวเอง เช่น อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และผลเสียต่อคนอื่น เช่น ความรุนแรงในครอบครัว อันตรายบาดเจ็บต่อผู้อื่น เป็นต้น ผลที่ตามมาจากการดื่มสุรานั้น ไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับปริมาณสุราที่ดื่มแต่ยังขึ้นอยู่กับรูปแบบการดื่มหรือพฤติกรรมการดื่มอีกด้วย⁽¹⁾ การออกฤทธิ์ของสุราต่อสมองทำให้ผู้ดื่มสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มในผู้ที่ดื่มมาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol withdrawal) ที่รุนแรงขึ้นได้⁽²⁾

อาการถอนสุรา มักมีปัญหาด้านอาการลมชัก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมประสาท อาการวิกลจริตเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และภาวะ Delirium เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ซึ่งมักมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้หากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงที หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรมจะทำให้การรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบาก การให้ยาและการควบคุมพฤติกรรมเป็นการให้ยาปรับตามผลการตอบสนองต่อการรักษา การประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวัง และการติดตามสัญญาณชีพจึงมีความสำคัญอย่างมาก⁽³⁾ ภาวะถอนพิษสุราจะเกิดตามหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานหลายปีและดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่มอาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน⁽⁴⁾ เป้าหมายหลักของการบำบัดรักษาอาการถอนพิษสุราคือเพื่อลดความรุนแรงของอาการถอนสุรา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรา⁽⁵⁾

จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับกลุ่มโรคที่พบบ่อยแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2562 ภาวะติดสุรา อาการถอนสุราและโรคถอนพิษสุรา จัดอยู่ในอันดับที่ 5 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหลัก เช่น อุบัติเหตุ ตับอักเสบ ตับแข็ง และมีอาการทางจิตจากการถอนพิษสุรา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด หวากกลัว ประสาทหลอน ไม่ยอมนอน ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยบางรายหนีหาย บาดเจ็บจากการผูกมัด เพิ่มภาระงานแก่บุคลากร บุคลากรเสี่ยงการถูกทำร้าย หากไม่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรค ไม่ได้รับยาตามมาตรฐาน และไม่ได้รับการรักษาอาการตั้งแต่แรกรับทันที ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องชัดเจน อาจส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทางโรงพยาบาลจึงมีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยรูปแบบผู้ป่วยในเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดียิ่งขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด 5 วัน และไม่กลับมาดื่มสุราใน 3 เดือน ด้วยการรักษาตามระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) และใช้เครื่องมือ AUDIT (Alcohol use disorders identification test) ประกอบการบำบัดและติดตามผลการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และไม่เป็นการละเมิดของบุคคลอื่น ครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการถอนพิษสุรา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ ได้แก่ F10.0-F10.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 59 คน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ เริ่มพัฒนา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 16 คน ระยะหลังพัฒนา วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 มิถุนายน 2566 จำนวน 43 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยในวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มิถุนายน 2566
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป
3. วินิจฉัยโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ (F10.0-F10.9)
4. ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (AWS)
5. ได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการดื่มสุรา (AUDIT) วันจำหน่าย
6. ได้รับการติดตามประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือนหลังจำหน่าย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
2. ได้รับการปรับแผนการรักษาหรือเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น
3. ย้ายไปรักษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ใช้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยขอรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหา มีค่า CVI เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำไปทดสอบเบื้องต้นประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ครั้งที่รับไว้รักษา การวินิจฉัย โรคร่วม ผู้ดูแล จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล การเกิดอาการถอนพิษ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale หรือ AWS) ของ Saunders แปลโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ซึ่งผ่านการทดสอบโดยหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (Inter-rater reliability) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.95⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ประกอบด้วย การประเมิน 5 เรื่อง ได้แก่ เหงื่อ (Perspiration) สั่น (Tremor) วิดกกังวล (Anxiety) กระสับกระส่าย (Agitation) และอุณหภูมิ (Axilla temperature) ไม่มีอาการให้ 0 คะแนน มีอาการรุนแรงมากให้ 4 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้ 1-4 คะแนน หมายถึง รุนแรงน้อย (Mild) ไม่จำเป็นต้องใช้ยา 5-9 คะแนน หมายถึง รุนแรงปานกลาง (Moderate) ใช้ยาช่วยลดโอกาสเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรง 10-14 คะแนน หมายถึง รุนแรงมาก (Severe) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และ 15 คะแนนขึ้นไป หมายถึง รุนแรงมากที่สุด (Very severe) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

3. แบบประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปิรทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์⁽⁷⁾ ซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้⁽⁸⁾ โดยแบ่งระดับความเสี่ยงดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงระดับที่ 1 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (Alcohol education) 8-15 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงระดับที่ 2 ควรให้คำแนะนำแบบง่าย (Simple advice) 16-19 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงระดับที่ 3 ควรให้คำแนะนำแบบง่าย คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) และติดตามต่อเนื่อง 20-40 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงระดับที่ 4 ควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อการประเมินวินิจฉัยและรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย
3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัยและคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคัดลอกข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติ ทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเปรียบเทียบโดยใช้ ด้วยสถิติ Student's t-test และ Pearson's chi-squared test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2023-107 วันที่รับรอง 13 มิถุนายน 2566 ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา 59 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.92 อายุเฉลี่ย 46.10 ± 13.40 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก Alcohol dependence (F10.2) ร้อยละ 62.71 Alcohol withdrawal (F10.3) ร้อยละ 22.03 มีภาวะ Aggressive ร้อยละ 22.03 มีผู้ดูแล ร้อยละ 81.36 แบ่งเป็นระยะเริ่มพัฒนา 16 คน ระยะหลังพัฒนา 43 คน (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มส่วนมากไม่แตกต่างกัน แต่ระยะเริ่มพัฒนามีกกลุ่มตัวอย่าง Alcohol withdrawal และ Aggressive มากกว่าหลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูลผู้ป่วย	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
เพศ				
ชาย	56 (94.92)	14 (87.50)	41 (97.67)	0.114
หญิง	3 (5.08)	2 (12.50)	1 (2.33)	
อายุเฉลี่ย (ปี)	46.10 ± 13.40	50.43 ± 11.59	44.48 ± 13.79	0.471
20-39 ปี	20 (33.90)	3 (18.75)	17 (39.53)	
40-59	29 (49.15)	10 (62.50)	19 (44.19)	
60-75	10 (16.95)	3 (18.75)	7 (16.28)	

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูลผู้ป่วย	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
การวินิจฉัยโรค				
Alcohol dependence (F10.2)	37 (62.71)	1 (6.25)	36 (83.72)	<0.001*
Alcohol withdrawal (F10.3)	13 (22.03)	12 (75.00)	1 (2.33)	<0.001*
Alcohol withdrawal state with delirium (F10.4)	5 (8.47)	0 (0.00)	5 (8.47)	0.154
Alcohol withdrawal state with seizure	4 (6.78)	3 (18.75)	1 (2.33)	0.026
โรคร่วมทางจิต				
Psychotic disorder (F20)	4 (6.78)	0 (0.00)	4 (9.30)	0.206
Behavioral disorder (F50)	3 (5.08)	0 (0.00)	3 (6.98)	0.278
Major Depressive Disorder	4 (6.78)	2 (12.50)	2 (4.65)	0.286
Aggressive	13 (22.03)	10 (62.50)	3 (6.98)	<0.001*
มีผู้ดูแล	48 (81.36)	13 (81.25)	35 (81.40)	0.990

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.25 ± 2.30 วัน พบผู้ป่วยเกิด Withdrawal monitoring ร้อยละ 72.88 เกิดอาการถอนพิษในระดับรุนแรง ร้อยละ 55.93 (ตารางที่ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.33 (ตารางที่ 3)

หลังพัฒนาพบว่าระยะเวลาที่เกิดการถอนพิษในระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 2.75 ± 2.81 เป็น 1.32 ± 1.61 วัน, $p\text{-value} = 0.004$) ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 5 วันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 90.70, $p\text{-value} = 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนวันนอน การเกิดอาการถอนพิษ ระยะเริ่มพัฒนาและหลังพัฒนา

ข้อมูล	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน)	5.25±2.30	5.06±2.88	5.32±2.30	0.101
Withdrawal monitoring	43 (72.88)	12 (75.00)	31 (72.09)	0.823
เกิดอาการถอนพิษในระดับรุนแรง	33 (55.93)	11 (68.75)	22 (51.16)	0.226
ระยะเวลาเกิดถอนพิษรุนแรง (วัน)	1.71 ±2.08	2.75±2.81	1.32±1.61	0.004*
ควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายใน เวลา 5 วัน	47 (79.66)	8 (50.00)	39 (90.70)	0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ตารางที่ 3 การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเริ่มพัฒนาและหลังพัฒนา

ข้อมูล	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
ภาวะแทรกซ้อน	12 (20.33)	2 (12.50)	10 (23.26)	0.081
Aspirate pneumonia	9 (15.25)	0 (0.00)	9 (20.93)	
Seizure	1 (1.69)	1 (6.25)	0 (0.00)	
Hepatitis	2 (3.39)	1 (6.25)	1 (6.25)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

3. ระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการดื่มสุรา (AUDIT) และประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือน

พบผู้ป่วยที่ต้องให้คำปรึกษาแบบสั้นและติดตามต่อเนื่อง จำนวน 23 คน และที่ต้องส่งต่อเฉพาะทางเพื่อการประเมินวินิจัยและรักษา จำนวน 4 คน (ตารางที่ 4)

หลังพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา (AUDIT) ระดับ 1 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.039$) ซึ่งกลุ่มนี้จะได้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราเท่านั้น และพบว่าผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 75 เหลือ ร้อยละ 37.21, $p\text{-value}=0.010$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา (AUDIT) และการจัดการในวันจำหน่าย และประวัติการกลับมาดื่มสุรา
ใน 3 เดือน

ข้อมูล	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
ระดับความเสี่ยงและการจัดการ				
ระดับที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา	15 (25.42)	1 (6.25)	14 (33.33)	0.039*
ระดับที่ 2 ให้คำแนะนำแบบง่าย	17 (28.81)	5 (31.25)	12 (28.57)	0.801
ระดับที่ 3 ให้คำแนะนำแบบง่าย ให้คำปรึกษาแบบสั้นและติดตามต่อเนื่อง	23 (38.98)	9 (56.25)	14 (33.33)	0.097
ระดับที่ 4 ส่งต่อเฉพาะทางเพื่อการประเมิน วินิจัยและรักษา	4 (6.78)	1 (6.25)	3 (6.98)	0.921
ประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือน	28 (47.46)	12 (75.00)	16 (37.21)	0.010*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เกิดอาการถอนพิษระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.004$) ประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือน ร้อยละ 37.21 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล ลีลาเจริญพร และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดสุราที่โรงพยาบาลพิมาย ทำให้อัตราการเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้เกิน 3 เดือน ร้อยละ 37.14 เนื่องจากการบำบัดเน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดและญาติผู้ป่วย การเพิ่มกำลังใจและการยอมรับการบำบัดรักษาของผู้ป่วย และการใช้แบบประเมินมาช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานมากขึ้น⁽¹⁰⁾

การศึกษานี้พบผู้ป่วยมีอาการถอนพิษในระดับรุนแรง ร้อยละ 51.16 ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้รุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ ชัก ได้ด้วยการประเมินและติดตามอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง แบ่งระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราและให้ยาตามระดับคะแนน จนพ้นระยะของการเกิดอาการถอนพิษสุรา⁽¹¹⁾ ปัจจุบันยาตัวแรกที่แนะนำ คือ Chlordiazepoxide และ Diazepam ซึ่งมีฤทธิ์นานและออกฤทธิ์เร็ว (Long-acting and rapid-onset Benzodiazepines) และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการชัก แต่สำหรับผู้ป่วยที่อาจเกิดการสะสมของยาและง่วงนอนมาก (Over sedation) จาก Chlordiazepoxide และ Diazepam เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคตับระดับรุนแรง (Severe liver disease) แนะนำการใช้ Benzodiazepines ที่มีฤทธิ์สั้น (Short-acting benzodiazepines) เช่น Lorazepam โดยใช้อย่างระมัดระวังและมีการติดตามอย่างใกล้ชิด⁽⁵⁾

ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 5 วันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 90.70, $p\text{-value}=0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีจำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุราในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา และไม่มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลับเป็นซ้ำในช่วงนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 95

แต่อย่างไรก็ดีการศึกษานี้ยังคงพบปัญหาบุคลากรที่มีทักษะในการให้คำปรึกษามีจำกัด และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ขาดความพร้อมและโอกาสเพราะถูกจำหน่ายด้วยการส่งต่อ และยังคงพบว่ามี ความคลาดเคลื่อนในการติดตามสัญญาณชีพ การศึกษาของ ชนิกา ศฤงคารชยธวัธ⁽¹²⁾ ที่แนะนำว่าแม้จะเป็นความรุนแรงแบบเล็กน้อยถึงปานกลาง ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การติดตามสัญญาณชีพจะต้องทำเป็นประจำในผู้ป่วยทุกราย ด้วยความถี่ที่เหมาะสมในการติดตาม โดยยึดตามความถี่ในการบริหารยา เจ็บใจของการรักษาโรคร่วมและระดับความผิดปกติของสัญญาณชีพ บุคลากรต้องมีความตระหนักรู้และมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพสูง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความเข้าใจและสร้างความตระหนัก และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ หากปล่อยให้เกิดอาการถอนพิษในระดับรุนแรง อาจนำไปสู่การเกิดภาวะชัก ทุพพลภาพและการเสียชีวิต ดังนั้นควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด รวมทั้งทีมควรฝึกฝน เพื่อให้เกิดความชำนาญในการประเมิน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แบบองค์รวม
2. การนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน ไปใช้ขยายผล ต้องมีการอบรมให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยด้วยความกรุณาจากจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา เกสัชกร ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบพระคุณหัวหน้างานผู้ป่วยในที่ให้ออกาสให้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
2. พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์; 2552.
3. เตชะ ลลิตอนันต์พงศ์. การถอนสุรา : กลุ่มอาการและการรักษา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2553;54(1):67-88.

4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
5. โรงพยาบาลสวนปรุง. แนวทางการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2564;15(1):29-48.
7. ปรีทรรศ ศิลปกิจ, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.
8. Sinclair M, McRee B, Babor T. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center (unpublished report); 1992.
9. ชัชวาล สีลาเจริญพร, ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์. ผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่โรงพยาบาลพิมาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1(3):375-84.
10. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, พิศวาท ศรีสอน, อมราภรณ์ ผางแก้ว. ผลการปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2556;15(3):30-42.
11. นิภาภรณ์ คงเกียรติพันธ์. การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2563;5(2):60-9.
12. ชนิกา ศฤงคารชยธวัช. ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(2):281-92.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

สมรทิพย์ วิภาวนิช, ประ.ด.*^a

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศ สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย มักพบความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งอาการต่างๆ ได้แก่ ซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีสมาธิ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แยกตัว เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เปราะบางเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก เนื่องจากปัญหาต่างๆ ที่มากระทบต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน และปัญหาการถูกรังแกหรือบูลลี่ (Bullying) ฯลฯ หากไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับปัญหาต่างๆ เหล่านี้ได้ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถือว่ามีผลสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ที่จะต้องแก้ไข เพราะวัยรุ่นจะเกิดความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น หากไม่ได้รับการรักษาและการดูแลอย่างถูกวิธี อาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตามบทบาทของพยาบาลจิตเวชสามารถทำได้โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนักแก่วัยรุ่นและครอบครัว ดำเนินการค้นหาและคัดกรองวัยรุ่นทุกคน ลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง ทำการวิจัย สร้างนวัตกรรม โปรแกรมเพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว สถานศึกษาและชุมชน ในการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับวัยรุ่น และมีการดำเนินงานเชิงรุกร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อให้วัยรุ่นได้รับการช่วยเหลือทันทั่วถึง ซึ่งจะเป็นการการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ และป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลจิตเวช; ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่น, การป้องกัน

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

^a Corresponding author: สมรทิพย์ วิภาวนิช Email: samortipvipa@gmail.com

รับบทความ: 11 ส.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 31 ส.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 31 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 30 ก.ย. 66

Review Article

Psychiatric Nurse's Role in Adolescent Depression Prevention

Samorntip Vipavanich, Ph.D.^{*a}

Abstract

Depression is a mental health problem that affects individual, family, society and the country. It can occur in all genders and ages, and often involves emotional, thinking, physical, and behavioral abnormalities with symptoms of depression, downheartedness, boredom, discouragement, hopelessness, lack of concentration, pessimism, feeling of unworthiness, isolation, appetite and weight loss, and insomnia. Adolescents are prone to depression due to life-impacting problems including personal, familial, educational, and bullying ones, etc. As a result, their failure to adapt themselves or to cope with such problems may cause depression. In particular, the adolescent depression is considered to be the top priority to be addressed because improper or incorrect treatments of depression-related sufferings faced by them may lead eventually to self-harm or suicide. Therefore, the psychiatric nurse's role in adolescent depression prevention concerns knowledge and understanding provision, promotion of awareness among adolescents and their families, searching and screening of all adolescents, increase of protective factors, while, at the same time, reducing the predisposing ones, doing of research and introduction of innovations or programs as a tool for adolescent depression prevention, building of engagement of families, educational institutions, and communities in adolescent problem prevention, as well as performing of proactive works in collaboration with multidisciplinary team to provide adolescents with timely assistance. All these can prevent new adolescent depression cases and recurrence of depression.

Keywords: Psychiatric nurses' roles; Depression; Adolescents; Prevention

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

^a Corresponding author: Samorntip Vipavanich Email: samorntipvipa@gmail.com

Received: Aug. 11, 23; Revised: Aug. 31, 23; Accepted: Aug. 31, 23; Published Online: Sep. 30, 23

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี พัฒนาการของวัยรุ่นแบ่งตามช่วงวัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุ 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) อายุ 14-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) อายุ 17-19 ปี⁽¹⁾ วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา หรืออยู่ชั้นปีที่ 1 หรือชั้นปีที่ 2 ของมหาวิทยาลัย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ต้องการความเป็นตัวของตัวเองสูง ทั้งยังต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ปรับตัวกับเพื่อนและปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าภายนอก อาจส่งผลให้เกิดความเครียด ถ้าวัยรุ่นมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม หรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้จะทำให้มีความเปราะบางทางด้านสุขภาพจิตและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้⁽²⁾ ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอาจมีความแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่แทนที่จะเป็นอารมณ์เศร้า หดหู่ อาจกลายมาเป็นอารมณ์หงุดหงิด เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่แสดงอาการที่บ่งชี้ของภาวะซึมเศร้าเหมือนภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แต่มักพบว่า เด็กและวัยรุ่นมีความวิตกกังวล ไม่มีความสุข อาจจะบ่นว่ารู้สึกไม่สบาย โดยพูดถึงหรือแสดงอาการเจ็บป่วยทางกายให้เห็นบ่อยๆ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ หลายคนไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุของการเจ็บป่วยทางกาย แต่ก็ไม่พบความผิดปกติทางกายใดๆ อย่างชัดเจน ปฏิเสธการไปโรงเรียน มีปัญหาที่โรงเรียน แยกตัว หนีออกจากบ้าน หรือหนีออกจากสังคม⁽³⁾ โดยภาวะซึมเศร้าที่พบในวัยรุ่นจะบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ร่างกาย ความคิด การรับรู้พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผิดปกติไปจากเดิม ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ความกดดันและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียดมากขึ้น นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ สัมพันธภาพ การเข้าสังคมกับเพื่อน ครู รวมถึงสมาชิกในครอบครัว⁽⁴⁾ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชสูงมากกว่าวัยเด็ก ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นนั้น พบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข ทั้งนี้เพราะความชุกและอัตราการตายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาทางด้านจิตเวชอื่นๆ และข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค. 2564 - ส.ค. 2565) จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ จะเห็นได้ว่า กลุ่มวัยรุ่น อายุ 5-14 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 24 คน กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษาอายุ 15-19 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 105 คน และอัตราพยายามฆ่าตัวตายเฉพาะกลุ่มอายุจะพบว่า กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา เป็นกลุ่มที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น คิดเป็น 224.34 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงาน 45.24 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในผู้หญิง ร้อยละ 73.2 เป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 44.6 วิธีการที่ใช้มักจะเป็นการกินยาเกินขนาด ร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ ใช้ของมีคม ร้อยละ 9.3 และผูกคอร้อยละ 8.5 ก่อนลงมือพยายามฆ่าตัวตายพบสัญญาณเตือนเพียง ร้อยละ 11⁽⁵⁾ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดยภาวะซึมเศร้าถือได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความชุกของการฆ่าตัวตายสูงสุดในวัยรุ่น ซึ่งก่อนพยายามฆ่าตัวตายมักพบว่ามีอาการซึมเศร้านามาก่อนเสมอ⁽⁶⁾ ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ทำให้บุคคล

ในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางลบ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีอาการเรื้อรังต่อเนื่องไปยังวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ หากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไม่ได้รับการดูแลจะทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจ และอารมณ์ ซึ่งถ้าเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานและเพิ่มความรุนแรงขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาทางด้านจิตเวช และอาจฆ่าตัวตายได้ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่ท้าทายในการหาวิธีการเพื่อการจัดการป้องกันเพราะภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันและรักษาได้หากได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

ดังนั้น การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง กลุ่มวัยรุ่นทุกคน และดำเนินการป้องกันเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับวัยรุ่น และครอบครัว ก่อนที่จะพัฒนากลายเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยวัยรุ่นจะพบกับช่วงเวลาวิกฤตในการดำเนินของโรค เกิดความทุกข์ทรมานในการใช้ชีวิต โดยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองทุกอย่างในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และในระยะยาวอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่งการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้วัยรุ่นมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงและมีความพร้อมที่จะพัฒนานตนเองให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Adolescent depression)

ความหมายของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น^(7,8)

ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางอารมณ์ซึ่งมีผลทางลบต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรม วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผิดปกติไปจากเดิม มีความคิดที่ต่ำลง ความจำลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกเศร้า โดดเดี่ยว อ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง

อาการแสดงของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า⁽⁹⁾

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการที่แสดงถึงความผิดปกติในด้านต่างๆ ดังนี้

1. **ด้านอารมณ์** มีความรู้สึกหดหู่ มีอารมณ์เศร้า เฉยชา ไม่สดชื่น ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล กระวนกระวาย ท้อแท้ หดหู่
2. **ด้านความคิด** มีความคิดด้านลบทั้งเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น ตำหนิตนเอง รู้สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดวิตกกังวลโดยไม่มีเหตุผล คิดฆ่าตัวตาย
3. **ด้านร่างกาย** อ่อนเพลียไม่มีแรง ขาดพลังในการทำงาน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากกว่าปกติ ความต้องการทางเพศลดลง เจ็บป่วยบ่อย
4. **ด้านแรงจูงใจ** ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม ขาดแรงจูงใจในการทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นเกี่ยวข้องกับบุคคลในหลายด้าน เช่น ปัญหาต่างๆ ที่บุคคลต้องเผชิญ สัมพันธภาพในครอบครัว การเลี้ยงดู บุคลิกภาพ รวมถึงการสะสมประสบการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วแต่เป็นปัจจัยที่สามารถเพิ่มภาวะซึมเศร้าได้ ระดับของความเครียดที่สะสม จะส่งผลให้เกิดความเครียดเฉียบพลันและเรื้อรังได้⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ความกดดันและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียดมากขึ้น⁽¹¹⁾

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors)⁽¹²⁾

จากการศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่า ลูกของคนที่เป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) มีโอกาสป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) และโรคซึมเศร้าได้มากกว่าลูกของคนปกติได้ถึง 1.5-2.5 เท่า และ 2-3 เท่า ตามลำดับ และพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้ว จะมีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า

2. ปัจจัยด้านสารชีวเคมีในสมองหรือสารสื่อประสาท (Neurotransmitter factors)

สารชีวเคมีในสมองหรือสารสื่อประสาท ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีผลต่อรูปแบบการรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน จากการศึกษ พบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอาจเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีการหลั่งของสารสื่อประสาท Serotonin dopamine และ Norepinephrine ลดลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ⁽²⁾

3. ปัจจัยแวดล้อมภายนอก (External Environment factor)⁽¹³⁾

ปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นมากที่สุด คือการเสพติดการสื่อสารทั้งทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ (Cyber bully) เป็นการกลั่นแกล้งกันโดยอาศัยเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งเกิดขึ้นได้บนโซเชียลมีเดีย แอปแชท เกมออนไลน์ และข้อความทางโทรศัพท์มือถือ เป็นการกระทำซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความโกรธ ความอับอายต่อผู้ที่เป็นเป้าหมาย

4. ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factor)

วัยรุ่นที่เติบโตในครอบครัวที่บิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าจะไวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาไม่เป็นโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ การทำหน้าที่ของครอบครัว การเลี้ยงดูที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น⁽¹¹⁾ การอบรมเลี้ยงดูเป็นกระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่บิดามารดาหรือผู้ใหญ่ในครอบครัวปฏิบัติต่อวัยรุ่น การปฏิบัติตัวของบิดามารดาที่กระทำต่อวัยรุ่นจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านจิตใจ ลักษณะบุคลิกภาพและพฤติกรรม ดังนั้น รูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่น จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ เช่น วัยรุ่นที่ถูกเลี้ยงดูแบบเข้มงวด จะมีความวิตกกังวลและมีความคิดในแง่ร้าย และวัยรุ่นที่ถูกเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยจะทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ⁽¹⁴⁾

5. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factor)

การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ของบุคคล พบว่าต้องมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนำมาก่อน ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น เกิดความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นและสะสมมาเป็นระยะเวลายาวนาน โดยเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นอาจเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ/หรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล จากนั้นก็จะมี ความผิดปกติทางอารมณ์ หรือโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorders) ตามมา ความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในสมองอย่างถาวร⁽¹²⁾ ความเครียดมีผลต่อจิตใจ ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดเป็นระยะเวลานานจะเกิดการหลั่งสารกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) โดยเฉพาะคอร์ติซอล (Cortisol) ในปริมาณมากขึ้น ทำให้เกิดการฝ่อของเซลล์ประสาทสมองส่วนเดนไดรต์ (Dendrites) ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ระบบลิมบิก (Limbic system) และอะมิกดาลา (Amygdala) จนมีผลทำให้ปริมาตรของสมองส่วนนี้ลดลง ทั้งยังพบว่าการทำงานของเซลล์ประสาทสมองและการเชื่อมต่อของโครงข่ายใยประสาทลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽¹⁵⁾

ระดับของภาวะซึมเศร้า^(9,16)

ระดับความรุนแรงโดยประเมินจากอาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ความรุนแรงของอาการ ระดับความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงความสามารถในการดำเนินชีวิต

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

1. **ระดับน้อย** มีอาการเพียงเล็กน้อย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยจะมีความไม่สบายใจ กังวลใจ แต่ยังสามารถจัดการกับความรู้สึกได้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงในระหว่างวันเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางสังคมและการประกอบอาชีพเพียงเล็กน้อย สามารถทำหน้าที่และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้
2. **ระดับปานกลาง** ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางจะมีความเศร้าให้เห็นได้ชัดเจนขึ้นไม่มีความสุข หดหู่ น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดำเนินชีวิต และมีอาการกำกวมระหว่างระดับเล็กน้อยและระดับรุนแรง
3. **ระดับรุนแรง** อาการที่เป็นจะมีความรุนแรงอย่างมาก และเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของอาการก่อให้เกิดความทุกข์ใจ และเศร้าอย่างมาก รู้สึกผิด เจ็บปวดด้านร่างกาย สิ้นหวัง ไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลกระทบต่อชีวิตในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพอย่างมาก

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)⁽¹⁷⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th edition: DSM-5) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการต่อไปนี้ 5 อาการหรือมากกว่า ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นแทบทุกวัน ติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์

โดยมีพฤติกรรมหรืออาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อย่างน้อย 1 อาการ คือ

1. อารมณ์เศร้า หดหู่เกือบทั้งวันและเกือบทุกวัน เช่น รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า สิ้นหวัง น้ำตาไหล ส่วนในเด็กและวัยรุ่นอาจมีอาการหงุดหงิด
2. สูญเสียความสนใจหรือมีความสุขลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนในกิจกรรมที่ทำทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมดเกือบตลอดวัน เกือบทุกวัน

ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้

3. น้ำหนักลดโดยที่ไม่ได้ควบคุมหรืออดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 5% ของน้ำหนักตัวในหนึ่งเดือน หรือมีการลดหรือเพิ่มความอยากอาหารเกือบทุกวัน
4. นอนไม่หลับหรือ่วงนอนมากเกินไปเกือบทุกวัน
5. ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง รู้สึกกระสับกระส่าย
6. อ่อนเพลียหรือสูญเสียพลังงานเกือบทุกวัน
7. มีความรู้สึกไร้ค่าหรือมีความคิดรู้สึกผิดมากเกินไปหรือไม่เหมาะสม (ซึ่งอาจหลงผิด) เกือบทุกวัน
8. ความสามารถในการคิดหรือมีสมาธิลดลงเกือบทุกวัน
9. มีความคิดอยากตายซ้ำๆ โดยไม่กลัวความตาย มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำๆ โดยมีแผนหรือไม่มีแผนเฉพาะสำหรับการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญ ปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จนนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตาย และบางรายฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียพลเมืองของประเทศ วัยรุ่นเป็นวัยที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต เป็นกำลังสำคัญของประเทศ หากมีวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน และเป้าหมายสำคัญของการป้องกัน คือการลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ารายใหม่และลดอัตราการากลับเป็นซ้ำของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าให้ได้มากที่สุด ดังนั้น บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีดังนี้

1. การให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนัก

มุ่งเน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยร่วมกับสถานศึกษาที่มสุขภาพชุมชน ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แก่นักเรียน นักศึกษา อาจารย์ และทีมสุขภาพในชุมชน รวมถึงการสร้างตระหนักให้วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน นอกจากนึ่งานวิจัยของ Gladstone et al.⁽¹⁸⁾ พบว่า โปรแกรมครอบครัวที่จัดขึ้น เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นนั้นช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวรับรู้ และมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด ทั้งยังส่งเสริมการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อความเครียด การพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่น การเพิ่มความตระหนักของครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และยังมุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นหน่วยของการเปลี่ยนแปลง ในการสร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นในการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่น

2. การค้นหาและคัดกรอง

ร่วมกับสถานศึกษาและทีมสุขภาพชุมชนในการศึกษาข้อมูลวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษา วัยรุ่นในชุมชน ความเป็นอยู่ในโรงเรียน ในครอบครัว การใช้ชีวิต และประสานความร่วมมือกับสถานศึกษา และทีมสุขภาพชุมชนในการดำเนินการค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทุกคน เพื่อให้การป้องกัน และช่วยเหลือที่ถูกต้องทันเวลาที่ โดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าที่นำมาใช้ เช่น 2Q, 9Q, 8Q, Beck Depression Inventory, Depression Subscale of hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), Children's Depression Inventory (CDI) และ The Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D) ซึ่งก่อนนำแบบคัดกรองโรคซึมเศร้ามาใช้ ผู้นำไปใช้ต้องผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าก่อน และ Beck et al.⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอย่างเป็นระบบจะก่อให้เกิดประโยชน์ ในเชิงป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้

3. การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง

การลดปัจจัยเสี่ยง ในกรณีที่วัยรุ่นอยู่ในครอบครัวที่มีบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีบุคลิกภาพ ที่ผิดปกติ ดำเนินการให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ส่วนในกรณีที่วัยรุ่น อยู่ในสภาพแวดล้อม ของครอบครัวที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาครอบครัว ต้องประสานการดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแล และช่วยเหลือ นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ความกดดันและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียดมากขึ้น⁽⁴⁾ และกลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น สามารถกระทำได้ โดยการลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดทางลบ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว จะส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพลังความสามารถ ในการเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้ง มีการมองโลกตามสภาพความเป็นจริง และสามารถจัดการกับอารมณ์ภายใต้สถานการณ์ที่กดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(2,18)

การเพิ่มปัจจัยปกป้อง โดยการประสานความร่วมมือกับสถานศึกษาและทีมสุขภาพจิตชุมชน ในการจัดการอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน และจัดให้มีทีมให้คำปรึกษาทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน จัดกิจกรรมเพื่อนดูแลเพื่อน จัดโครงการเพื่อพัฒนาพื้นฐานทางอารมณ์ นอกจากนี้ Stuart⁽²⁾ และ Gladstone et al.⁽¹⁸⁾ ได้เสนอกลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การจัดนิทรรศการเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ความเข้มแข็งในการมองโลก ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ส่วนกิจกรรม อื่นๆ ที่สามารถเพิ่มปัจจัยปกป้อง เพื่อลดอารมณ์เศร้าของวัยรุ่นลง ได้แก่ การออกกำลังกายและการมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมในเชิงบวก⁽²⁰⁾ การจัดกลุ่มสร้างสรรค์งานศิลปะ งานฝีมือ ร้องเพลง เต้นรำ การแข่งกีฬา การท่องเที่ยว กิจกรรมสันทนาการอื่นๆ เป็นต้น

4. การดำเนินงานด้านวิชาการ

ทำงานวิจัย จัดทำคู่มือโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และจัดอบรมให้อาจารย์ในสถานศึกษาและทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ดังที่ Sendzik⁽²¹⁾ ได้จัดทำโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้อารมณ์และการกำกับตนเอง เพื่อให้วัยรุ่นสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลของวัยรุ่น นอกจากนี้ Gladstone et al.⁽¹⁸⁾ ได้เสนอการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การสร้างสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล และการใช้กลยุทธ์การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยครอบครัวเป็นฐาน รวมถึงการใช้โรงเรียนเป็นฐานถือว่าเป็นการช่วยเหลือที่ดีที่สุดในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และการจัดโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นผู้จัดต้องมีความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจากนี้ ผู้ทำโปรแกรมไปใช้ต้องได้รับการฝึกอบรมและมีการประเมินความเที่ยงตรงของโปรแกรม

5. การดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ

ประสานความร่วมมือกับสถานศึกษาและทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในสถานศึกษาและชุมชน โดยการป้องกันวัยรุ่นกลุ่มปกติไม่ให้เป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ป้องกันวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และป้องกันวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ ส่วน Dieu⁽²²⁾ ได้เสนอแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินงานเพื่อลดความรุนแรงของวัยรุ่นที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะแรก เพื่อไม่ให้ภาวะซึมเศร้านั้นเกิทยาวนาน หรือมีความรุนแรงมากขึ้น ระยะที่ 3 เป็นการดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

นอกจากนี้ การประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพ กระทำโดยการร่วมกันพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าตามบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อโดยการส่งต่อวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร่ารุนแรงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และมีระบบติดตามภายหลังรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สถานศึกษาและชุมชน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า

บทสรุป

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ จำเป็นต้องมีการเร่งแก้ไขเนื่องจากภาวะซึมเศร่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นและมีอาการเรื้อรังไปจนถึงผู้ใหญ่ ซึ่งอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม อาการที่มักพบ ได้แก่ หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือรับประทานอาหารมากขึ้น ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า ทำให้อารมณ์วัยรุ่นเกิดความทุกข์ทรมานในการใช้ชีวิต ซึ่งในระยะยาวอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสารชีวเคมีในสมองหรือสารสื่อประสาท

ปัจจัยแวดล้อมภายนอก ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านจิตสังคม การป้องกันหรือการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นสามารถทำได้ โดยความร่วมมือของวัยรุ่น ครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน พยาบาลจิตเวชถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนัก มุ่งเน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด และมีความยืดหยุ่นในการเลี้ยงดูวัยรุ่น การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทุกคนอย่างเป็นระบบ มีการจำแนกผลการคัดกรอง เพื่อให้การป้องกันและช่วยเหลือวัยรุ่นได้ตรงตามปัญหาที่แท้จริง ลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง โดยการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพลังความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งมีการมองโลกตามสภาพความเป็นจริง และสามารถจัดการกับอารมณ์ภายใต้สถานการณ์ที่กดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินงานด้านการวิจัย จัดทำคู่มือโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ นำเครื่องมือไปใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และการดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:83-110. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.83.
2. Stuart GW. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
3. Varcarolis EM. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A communication approach to evidence-based care. 3rd ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
4. Bouma EM, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental depression, temperament and family environment. *J Affect Disord.* 2008 Jan;105(1-3):185-93. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.007.
5. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/>
6. Karayazi H. Suicide in adolescents: A case study. *Journal of Awareness.* 2023;8(2):185-94.
7. Beck JS. Cognitive Therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford; 2011.
8. Vucenovic D, Sipek G, Jelic K. The Role of Emotional Skills (Competence) and Coping Strategies in Adolescent Depression. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2023 Feb 24;13(3):540-552. doi: 10.3390/ejihpe13030041.
9. Geddes J, Price J, McKnight R. Psychiatry. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
10. Marwick K, Birrell S, Bourke J. Psychiatry. 4th ed. St. Louis: Elsevier; 2013.

11. Bouma EM, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental depression, temperament and family environment. *J Affect Disord.* 2008 Jan;105(1-3):185-93. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.007.
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
13. Stuart GW. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 9th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2009.
14. Berk LE. Child Development. 6th ed. Boston: Pearson Education; 2003.
15. Hermida AP, McDonald WM, Steenland K, Levey A. The association between late-life depression, mild cognitive impairment and dementia: is inflammation the missing link? *Expert Rev Neurother.* 2012 Nov;12(11):1339-50. doi: 10.1586/ern.12.127.
16. Beck AT, Alford BA. Depression: Causes and treatment. 2nd ed. University of Pennsylvania Press; 2009.
17. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. In: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5TM. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
18. Gladstone TR, Beardslee WR, O'Connor EE. The prevention of adolescent depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Mar;34(1):35-52. doi: 10.1016/j.psc.2010.11.015.
19. Beck A, LeBlanc JC, Morissette K, Hamel C, Skidmore B, Colquhoun H, et al. Screening for depression in children and adolescents: a protocol for a systematic review update. *Syst Rev.* 2021 Jan 12;10(1):24. doi: 10.1186/s13643-020-01568-3.
20. Pemberton R, Fuller Tyszkiewicz MD. Factors contributing to depressive mood states in everyday life: A systematic review. *J Affect Disord.* 2016 Aug;200:103-10. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.023.
21. Sendzik L, Ö Schäfer J, C Samson A, Naumann E, Tuschen-Caffier B. Emotional Awareness in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc.* 2017 Apr;46(4):687-700. doi: 10.1007/s10964-017-0629-0.
22. Dieu K. Prevention and intervention of depression in Asian-American adolescents. *Contemporary School Psychology.* 2016;20(2):107-17.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ

สุภาวดี ตั้งใจ*, ประภาพร ศิริวัฒนเมธานนท์*, อ้อยใจ กุชัยภูมิ*,
จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์***, วิภาดา กาญจนสิทธิ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก ด้วยการศึกษาเวชระเบียนและการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยวิธีการและแหล่งสืบค้นที่หลากหลาย ประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือ นำหลักฐานที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ สร้างข้อสรุปในภาพรวม บูรณาการความรู้ใหม่ที่ได้เข้ากับข้อค้นพบทางคลินิกและบริบทของหน่วยงานเพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้คำแนะนำ และการติดตามประเมินผล 3) การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นลงสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและการติดตามผล โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงกับ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ (29 ราย) โดยได้รับการให้คำแนะนำด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล เมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 37.93) และตรวจไม่พบระดับน้ำตาลในปัสสาวะ (ร้อยละ 100)

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติ; การคัดกรอง; โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

*** นักวิชาการอิสระ สาขาการพยาบาลมารดา ทารก และครอบครัว

๑ Corresponding author: จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์ E-mail: jungera2520@gmail.com

รับบทความ: 24 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 4 ก.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 4 ก.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 12 ต.ค. 66

The Development Guidelines for Diabetes Screening in Pregnant Women, Antenatal Care Department, Chaiyaphum Hospital

Supawadee Tangchai*, Prapaporn Siri wattanamethanon*,
Ooijai Kuchaiyaphum*, Jiratchaya Laokhompruttajarn**^a, Wipada Kanchanasit***

Abstract

This study aimed to develop a guideline for diabetes screening in pregnant women in antenatal care department of Chaiyaphum Hospital. The study was divided into 4 phases: 1) clinical problem identification based on the study of medical records and group discussions: This phase led to prevalence and risk factors of diabetes in pregnant women; 2) empirical data search through various methods and sources. In this phase, credibility level was assessed. Information obtained were analyzed and synthesized for an overview along with the integration of new knowledge, clinical findings, and hospital's contexts to develop guidelines for diabetes screening in pregnant women. The guideline was consisted of screening risk groups for gestational diabetes and ongoing follow-up and advices; 3) implementation and evaluation with pregnant women with risk factors by comparing differences in weight gain according to the criteria of the samples, during the pre-experiment, post-experiment, and follow-up using Wilcoxon signed rank test, yielding significant differences at $p=0.05$; and 4) implementation of the guideline for pregnant women at risk of gestational diabetes with first antenatal care and the gestational age of not over 28 weeks (29 cases). They received advices on proper diets and exercises after one week and following up at the gestational age of 24 weeks. It was found that the samples gained weight according to the standard weight of not more than 0.5 kg per week (37.93%) and their sugar levels in the urine were not detected (100%).

Keywords: The development guidelines; Screening; Diabetes mellitus in pregnant women

* Registered Nurse, Professional Level, Antenatal Care Department, Chaiyaphum Hospital

** Instructor, Dr., Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

*** Independent Scholar, Maternal and Newborn Nursing & Family

^a Corresponding author: *, Jiratchaya Laokhompruttajarn E-mail: jungera2520@gmail.com

Received: Jul. 24, 23; Revised: Sep. 4, 23; Accepted: Sep. 4, 23; Published Online: Oct. 12, 23

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการทนต่อกลูโคสที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากระดับฮอร์โมนที่รกสร้างขึ้นมีผลต้านฤทธิ์อินซูลินจึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น⁽¹⁾ จากสถิติของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ⁽²⁾ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 16.7 ของสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ในทวีปเอเชียพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 19.54 สำหรับประเทศไทยพบ ร้อยละ 3.7-7.02⁽³⁾ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก สำหรับมารดาจะส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 15-20 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด การคลอดยากและเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ยังมีโอกาสเป็นซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ร้อยละ 35-50⁽⁴⁾ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 40-60⁽⁵⁾ สำหรับทารกทำให้เพิ่มอัตราทุพพลภาพและอัตราตายของทารกปริกำเนิด การบาดเจ็บจากการคลอดและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะหลังคลอด⁽⁶⁾

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน มีค่า BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m²⁽⁷⁾ มีประวัติการตั้งครรภ์ครั้งที่ผ่านมาเป็นโรคเบาหวาน⁽⁸⁾ มีอายุมากกว่า 35 ปี มีภาวะความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ มีการใช้สารเสพติดและมีประวัติทางสูติกรรมที่ผิดปกติ มีประวัติการคลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า 4,500 กรัม^(6,8) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านทารกแรกเกิดที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด การเกิดไ้ชีพ การคลอดติดขัดเนื่องจากทารกตัวโต การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะเลือดข้น มีประวัติภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีประวัติทางเดินหายใจล้มเหลว⁽⁹⁾ ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

จากการสำรวจสถิติของสตรีตั้งครรภ์ ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ในระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 310, 323 และ 341 คน ตามลำดับ พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 90 คน (ร้อยละ 29) 96 คน (ร้อยละ 29.72) และ 113 คน (ร้อยละ 33.13) ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับเกณฑ์การคัดกรองค่าดัชนีมวลกายในสตรีตั้งครรภ์ ที่กำหนดไม่เกิน 27 kg/m² จึงอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-26 kg/m² มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในช่วงที่มีอายุ 30 สัปดาห์ขึ้นไปได้ ดังนั้นกระบวนการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งเพื่อป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรค โดยแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ได้มีแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา แต่ยังไม่มีการประเมินผลแนวปฏิบัตินี้ ว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมและนำไปสู่การป้องกัน

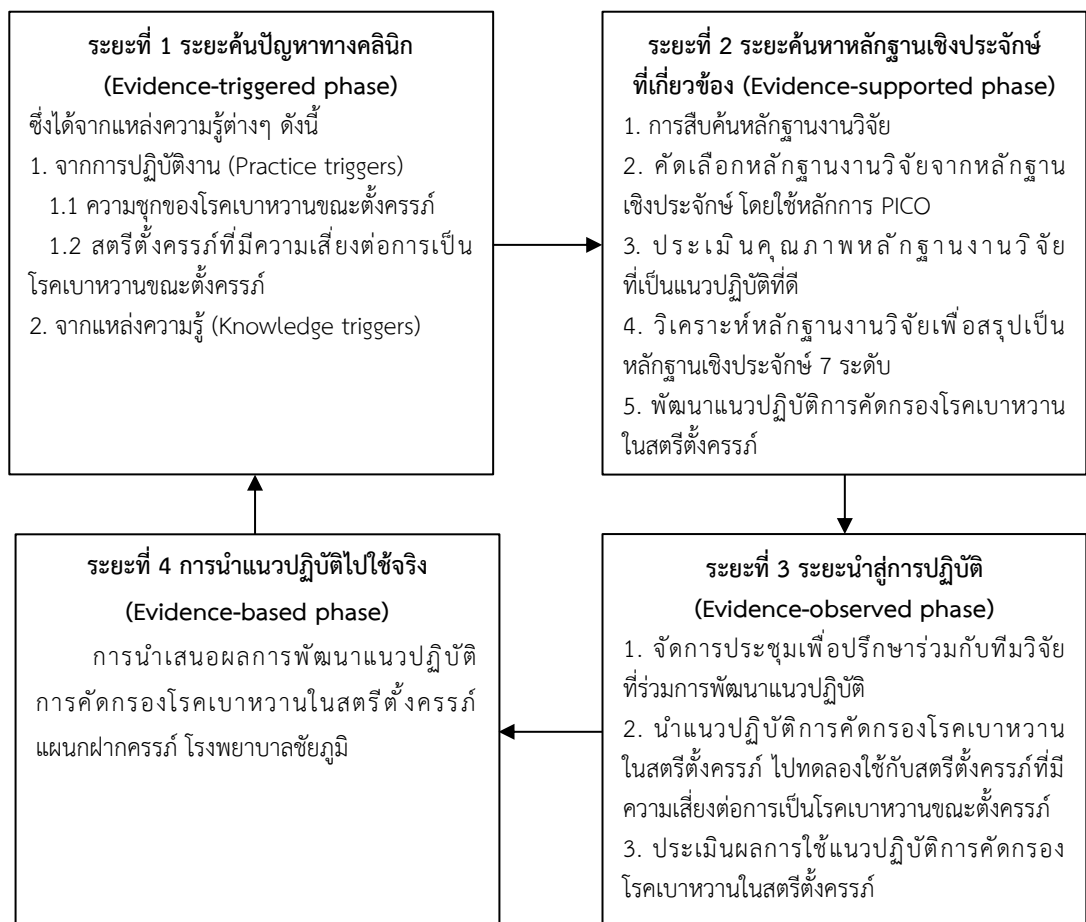
ความรุนแรงของโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงเป็นแนวทางในการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ใช้รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีกระบวนการที่ชัดเจนและช่วยให้ทราบปัญหาและพัฒนาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้ ประกอบด้วย 4 ระยะ โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ในระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ 1) ข้อมูลการปฏิบัติงาน (Practice triggers) ประกอบด้วย ความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และ 2) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพจากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers) ได้แก่ เอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ (3 คน) และ 2) ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน) และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประเด็นข้อมูลจากการปฏิบัติงานด้านการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ 2) แบบบันทึกการสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งความรู้ และการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลสถิติสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 ระยะค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase)

ในระยะการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาทำการประเมิน โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ PICO⁽¹²⁾ ได้แก่ P=Population or Problem, I=Intervention, C=Comparison, O=Outcome และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ 7 ระดับ^(13,14) จากนั้น นำข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ (3 คน) 2) สุนิรีแพทย์ (2 คน) 3) อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ (2 คน) 3) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (2 คน) และ 4) ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน) และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 ระยะนำสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase)

โรงพยาบาลชัยภูมิ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และประเมินผลโดยประชากร ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรก จนถึง 28 สัปดาห์ ที่ได้รับการประเมินพบปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งในการมารับบริการฝากครรภ์ ครั้งแรกของภาวะเสี่ยงข้างต้น ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2566 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 149 คน⁽¹⁰⁾ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จนถึง

อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ที่ได้รับการประเมินพบปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งของภาวะเสี่ยงข้างต้น 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม 3) สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจ โรคไตและโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมตลอดกระบวนการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมอื่นๆ เช่น มีการติดเชื้อนอกมดลูก การตั้งครรภ์ที่มีการใช้สารเสพติด มีภาวะรกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะครรภ์แฝดน้ำหรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ ภาวะครรภ์แฝดสองหรือมากกว่า เป็นต้น⁽⁴⁾ 2) มีความประสงค์จะออกจากโครงการฯ ก่อนเวลา โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และแผ่นพับความรู้ด้านการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการเปรียบเทียบภายในของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์และการติดตามผล โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และข้อมูลความคิดเห็น ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง (Evidence-based phase)

ในระหว่างการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง เป็นการนำผลการประเมินจากระยะที่ 3 มาปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อนำสู่การปฏิบัติงานจริงต่อไป โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ จำนวน 29 ราย และผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ (3 คน) 2) สูตินรีแพทย์ (2 คน) 3) อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ (2 คน) 3) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (2 คน) และ 4) ผู้ช่วยพยาบาล (1 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ฉบับปรับปรุง และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีการจำนวนร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักและให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิก ไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ และข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และการศึกษาค้นคว้าได้รับการรับรองการพิจารณาการทำวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ 021/2565

ผลการวิจัย

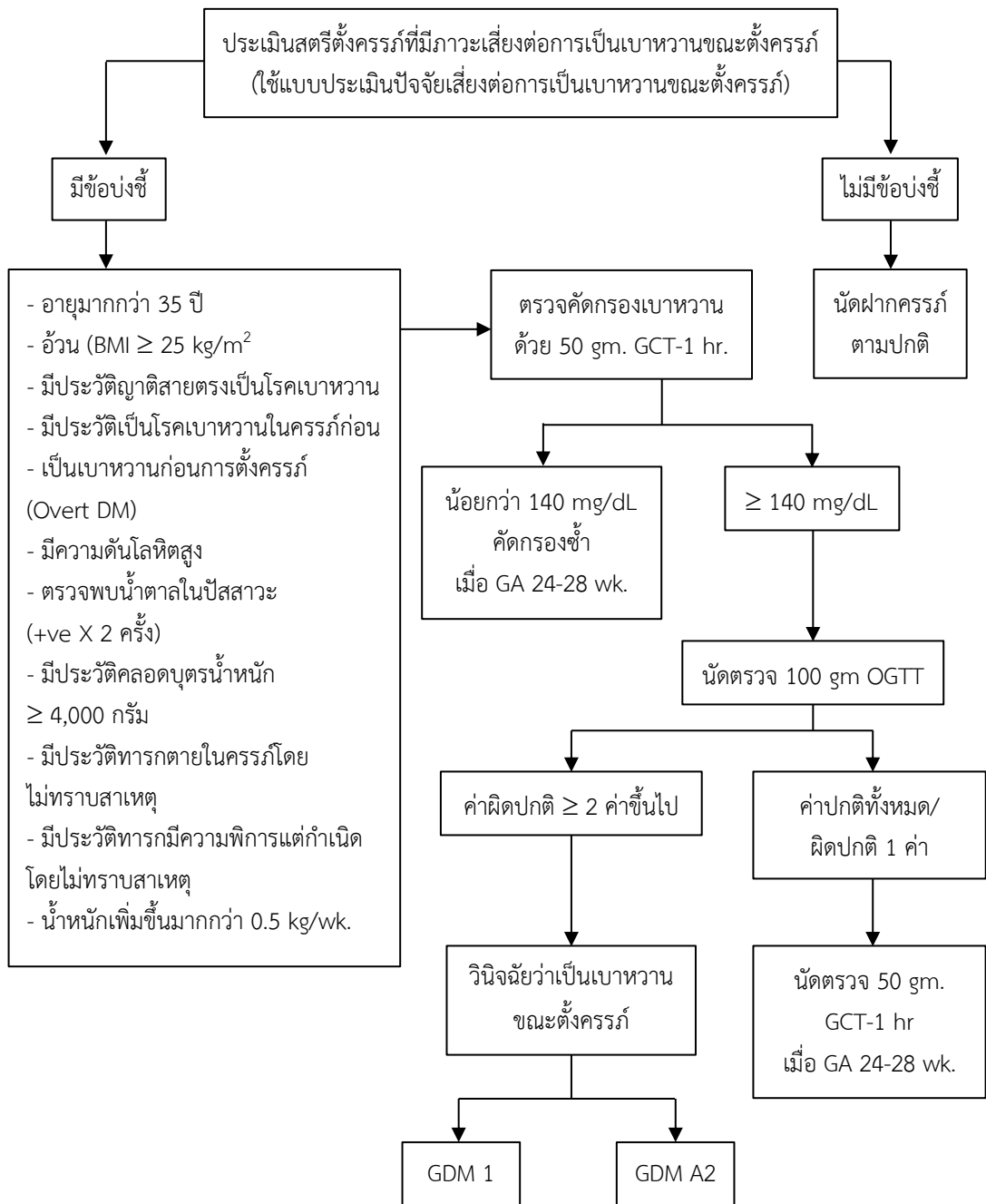
1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase) จากการศึกษาเวชระเบียน และการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า 1) ความชุกของการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2563-2565 มีสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 310, 323 และ 341 คน ตามลำดับ และมีสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 90 คน (ร้อยละ 29) 96 คน (ร้อยละ 29.72) และ 113 คน (ร้อยละ 33.13) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เรียงตามลำดับ ได้แก่ มีภาวะอ้วน ($BMI > 27 \text{ kg/m}^2$) (ร้อยละ 36.16) มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 34.46) ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (ร้อยละ 13.56) น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 0.5 kg/สัปดาห์ (ร้อยละ 11.86) มีประวัติเคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (ร้อยละ 1.69) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานในการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว (ร้อยละ 1.69) และมีประวัติทารกตายในครรภ์ (ร้อยละ 0.56)

1.2 ระยะค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) จากการค้นคว้า งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่รวบรวมทั้งหมด 30 เรื่อง พบว่า สามารถแบ่งระดับความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้หลักการ PICO แบ่งออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 10) ระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 13.33) ระดับ 3 จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 20) ระดับ 4 จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 20) ระดับ 5 จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 20) ระดับ 6 จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 10) และระดับ 7 จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ 6.67) ซึ่งเมื่อสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถสรุปประเด็นสำคัญ และสกัดองค์ความรู้ ที่สามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ได้ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และ 2) การให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อการป้องกันความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผลจากการค้นหาปัญหาทางคลินิกและจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนา แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย



แผนภูมิที่ 2 แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์

2. ผลการนำแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงฯ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะนำสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) เป็นระยะที่ผู้วิจัย ได้นำแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ มาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยสรุปผลได้ดังนี้

2.1.1 จากการนำแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่มาใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงฯ ในระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2566 ซึ่งมีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการคัดกรอง จำนวน 149 ราย พบภาวะเสี่ยง ดังนี้ 1) มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) (ร้อยละ 42.95) 2) มีบิดามารดาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 40.94) 3) ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (ร้อยละ 16.11) 4) น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 0.5 kg/สัปดาห์ (ร้อยละ 14.09) 5) มีประวัติเคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (ร้อยละ 2.01) 6) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานในการตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว (ร้อยละ 2.01) และ 7) มีประวัติทารกตายในครรภ์ (ร้อยละ 0.67) โดยกลุ่มเสี่ยงฯ ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรอง GCT-50 กรัม พบว่ามีความผิดปกติของ GCT ($> 140 \text{ mg/dL}$) จำนวน 52 คน (ร้อยละ 34.90) และคัดกรองด้วย OGTT-100 gm. พบว่ามีความผิดปกติของ OGTT จำนวน 23 คน (ร้อยละ 15.44) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDMA1 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 7.38) และ GDMA2 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.36) โดยกลุ่มเสี่ยงที่มี $GCT > 140 \text{ mg/dL}$ ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยภายหลังการให้คำแนะนำ พบว่าผลการตรวจ OGTT อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 55.77)

2.1.2 จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์เปรียบเทียบกับภายในกลุ่ม หลังจากการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานฯ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและการติดตามผล โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเมื่อเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบในระยะติดตามผลกับระยะหลังการทดลอง สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ เปรียบเทียบภายในกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและการติดตามผล ($n=29$)

น้ำหนักตัว		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง	Positive Ranks	25	15	321	0.005*
- หลังการทดลอง	Negative Ranks	4	29	84	
	Ties	0			
	Total	29			

ตารางที่ 1 (ต่อ) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ เปรียบเทียบภายในกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและการติดตามผล (n=29)

น้ำหนักตัว		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง	Positive Ranks	26	17	324	0.005*
- ติดตามผล	Negative Ranks	3	32	86	
	Ties	0			
	Total	29			
หลังการทดลอง	Positive Ranks	25	15	321	0.005*
-ระยะติดตามผล	Negative Ranks	4	29	84	
	Ties	0			
	Total	29			

* มีนัยสำคัญที่ $p=0.05$

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ (n=29)

ประเภทการติดตาม	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	(แรกรับ)		(7 วัน หลังจากแรกรับ)		(อายุครรภ์ 24 สัปดาห์)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. น้ำหนักตัว (เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์=0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์)						
- ตามเกณฑ์	8	27.59	10	34.48	11	37.93
- ไม่ตามเกณฑ์	21	72.41	19	65.52	18	62.07
2. น้ำตาลในปัสสาวะ						
- พบ	24	82.76	-	-	-	-
- ไม่พบ	5	17.24	29	100	29	100

2.2 ผลการประเมินจากความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ไปใช้ พบว่าภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ดังตารางที่ 3 และมีความภาคภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดการตั้งครรภ์และจะมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ไปใช้ (n=5)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์	4.60	0.55	ดีมาก
2. ความถูกต้องของแนวปฏิบัติการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตามมาตรฐานวิชาชีพของแผนกฝากครรภ์	4.80	0.45	ดีมาก
3. ความเหมาะสมของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์	4.60	0.55	ดีมาก
4. ความเป็นประโยชน์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์	4.80	0.45	ดีมาก
ภาพรวม	4.70	0.47	ดีมาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้น จากการค้นหาปัญหาทางคลินิกและการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ⁽¹¹⁾ จะนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการ ค้นหาปัญหาทางคลินิกอันประกอบด้วยความชุกในการเกิดโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยการศึกษาในครั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 3-5 จึงสามารถนำไปใช้อ้างอิงในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่าการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตามบริบทของหน่วยงานจะทำให้สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ได้และมีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁵⁾ ที่อธิบายว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้ได้แนวปฏิบัติ ที่มีคุณภาพในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นและสอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁶⁾ ที่อธิบายว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ควรมีการประเมิน ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก พร้อมครอบครัวและได้รับคำแนะนำเรื่องโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์และโภชนาการอาหาร โดยจัดทำคู่มือและแบบบันทึกการรักษายาพยาบาลที่มีระบบการทบทวนและค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์นำไปทบทวนที่บ้านได้

2. การนำแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงฯ และมารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 149 ราย โดยการคัดกรองความเสี่ยงและการให้คำแนะนำในเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนักตัวให้เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์และการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ หลังจากการให้คำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรมและแจกแผ่นพับความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 37.93 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการไม่พบระดับน้ำตาลในปัสสาวะ คิดเป็น ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองและทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁷⁾ ที่อธิบายว่าการพัฒนาระบบคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญ ทำให้สามารถวินิจฉัยและให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างทันท่วงที ลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และเป็นประโยชน์ในการลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและทารกได้ และสอดคล้องกับการวิจัย^(16,18) การจัดระบบการให้ความรู้ด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อปรับพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ และสอดคล้องกับการวิจัย^(19,20) ที่อธิบายว่า การใช้ระบบการฝากครรภ์คุณภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และการจัดทำ แผนพัฒนาระบบการฝากครรภ์แบบมีส่วนร่วมทุกระดับ โดยการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และมีการส่งเสริมให้บุคลากรผู้ให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก มีความรู้ มีทักษะและมีการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ได้ และสอดคล้องกับการวิจัย⁽²¹⁾ ที่อธิบายว่าการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง การวางแผนการจัดการตนเอง การติดตามปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเองที่บ้านและการแก้ไขพฤติกรรม การจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ปลอดภัยและไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนวปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ได้

2. ควรมีการติดตามและประเมินผลแนวปฏิบัติการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการติดตามผลในระยะหลังคลอดและเชื่อมต่อเครือข่ายพยาบาลชุมชน เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพและขยายวงกว้างมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Melchior H, Kurch-Bek D, Mund M. The Prevalence of Gestational Diabetes. Dtsch Arztebl Int. 2017 Jul 16;114(24):412-8. doi: 10.3238/arztebl.2017.0412.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th ed; 2017.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth J, Rouse D, Spong CY. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
5. Egan AM, Vellinga A, Harreiter J, Simmons D, Desoye G, Corcoy R, et al. Epidemiology of gestational diabetes mellitus according to IADPSG/WHO 2013 criteria among obese pregnant women in Europe. Diabetologia. 2017 Oct;60(10):1913-1921. doi: 10.1007/s00125-017-4353-9.
6. McCance DR. Diabetes in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015 Jul;29(5):685-99. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.04.009.
7. Hayes L, Bilous R, Bilous M, Brandon H, Crowder D, Emmerson C, Lewis-Barned N, Bell R. Universal screening to identify gestational diabetes: a multi-centre study in the North of England. Diabetes Res Clin Pract. 2013 Jun;100(3):e74-7. doi: 10.1016/j.diabres.2013.03.019.
8. International Diabetes Federation. Management of gestational diabetes in the community: Training Manual for Community Health Workers. 8th ed. 2017;1-16.
9. American Diabetes Association. 13. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care. 2018 Jan;41(Suppl 1):S137-S143. doi: 10.2337/dc18-S013. PMID: 29222384.
10. แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ. สถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ. ชัยภูมิ: งานทะเบียน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ; 2564.

11. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000 Jun;35(2):301-9.
12. Craig JV, Smith RL. The Evidence-Based Practice Manual for Nurses. London: Churchill Living Stone; 2002.
13. Melnyk BM. Integrating levels of evidence into clinical decision making. Pediatr Nurs. 2004 Jul-Aug;30(4):323-5.
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
15. พัชรารก เพ็ญศิริสมบุรณ์, กนกพร นทีธนสมบัติ, กมลทิพย์ ชลัษเฐรมเนียม. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563; 21(2): 252-61.
16. สุมิตรา คำประเสริฐ, กนกพร นทีธนสมบัติ, กมลทิพย์ ชลัษเฐรมเนียม. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอวัน. วารสารเกษมบัณฑิต. 2564;20(1):184-99.
17. กุณทลี ไควบูลย์ชัย. การพัฒนาระบบคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ใน อำเภอ ชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ. [รายงานการวิจัย]. อำนาจเจริญ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ; 2561.
18. ประนอม สว่างรัตน์, วาสนา พรหมช่วย, อัจฉรินทร์ ดวงจันทร์, วรพิน วิทยวรวัฒน์. การพัฒนารูปแบบ การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย. [รายงานการวิจัย]. พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2562.
19. จารุรักษ์ นิตยนา, ลาวรรณ ศรีสูงเนิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของ หญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอสุงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2562;13(30):27-43.
20. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาล ทหารบก. 2557;15(2):50-9.
21. กฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562; 30(2):1-13.

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

ธานินทร์ จินดามาศย์, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักพบปอดติดเชื้อได้ ร้อยละ 5.1-14 อัตราการเสียชีวิตใน 30 วันแรก หลังการผ่าตัด ร้อยละ 27-43 การนอนโรงพยาบาลซ้ำเพิ่ม 8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีปอดติดเชื้อ รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 50 ปีจากภัยอันตรายไม่รุนแรงจำนวน 227 ราย ผู้ป่วยปอดติดเชื้อจำนวน 18 ราย คิดเป็น ร้อยละ 7.93 และผู้ป่วยไม่มีปอดติดเชื้อจำนวน 209 รายคิดเป็นร้อยละ 92.07 ปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) การสูบบุหรี่ จำนวนเวลาและระยะเวลาตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลถึงเวลาผ่าตัด ระดับ Serum albumin ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ASA Classification การใช้ยาออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โรคประจำตัว จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และโปรแกรมกายภาพบำบัด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.05$ ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยเสี่ยงปอดติดเชื้อได้แก่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($p\text{-value}=0.035$) และ ASA classification ($p\text{-value}=0.028$) ปอดติดเชื้อพบได้น้อยในกลุ่มผู้ป่วยได้รับการกายภาพบำบัดปอดตั้งแต่วันแรกรับนอนโรงพยาบาล ($p\text{-value}=0.005$) การเกิดปอดติดเชื้อทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ($p\text{-value}=0.003$) สรุปว่า การกายภาพบำบัดปอดตั้งแต่วันแรกรับนอนโรงพยาบาลป้องกันโรคปอดติดเชื้อ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวโรคถุงลมโป่งพอง ASA Classification ≥ 3 และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลนาน เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปอดติดเชื้อ การดูแลรักษาควรต้องเฝ้าระวังปอดติดเชื้อ ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการกายภาพบำบัดปอดตั้งแต่วันแรกรับนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ปอดติดเชื้อ; กระดูกหักจากภัยอันตรายไม่รุนแรง; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยเสี่ยง

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

^a Corresponding author: ธานินทร์ จินดามาศย์ Email: taninjindamart2517@gmail.com

รับบทความ: 15 ส.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 6 ก.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 7 ก.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 12 ต.ค. 66

Risk Factors for Postoperative Pneumonia in Elderly Patients with Hip Fractures at Phukhieo Chaleom Phra Keit Hospital, Chaiyaphum Province

Tanin Jindamart, M.D.*^a

Abstract

Elderly patients with hip fractures found pneumonia as complications for about 5.1-14 percent. Mortality rate in the first 30 day after surgery was 27-43 percent. Readmission increases eight times as compared to patients without pneumonia. This study used a retrospective descriptive study method using patients' medical records. Elderly patients with hip fractures that aged more than or equal to 50 years from fragility fracture were selected to the study. There was a total of 227 cases with 18 pneumonia cases (7.93%) while 209 patients did not have pneumonia (92.07%). Risk factors included in this study were age, gender, Body Mass Index (BMI), smoking, amount of time and duration from the first admission to the hospital until the time of surgery, serum albumin level, blood sugar level, ASA classification, use of psychotropic, underlying diseases, length of hospital stay and physical therapy programs. Significant level was set at p-value of 0.05. Results showed that risk factors for pneumonia were chronic obstructive pulmonary disease (p-value=0.035) and ASA classification (p-value=0.028). Pneumonia was found the least among patients receiving physical therapy on the first day they admitted to the hospital (p-value=0.005). Risks of pneumonia increased with the length of hospital stay (p-value=0.003). It can be concluded that physical therapy on the first day admitted to the hospital helped preventing pneumonia. Patients with chronic obstructive pulmonary disease, ASA classification of ≥ 3 and patients who had been hospitalized for a longer time were at higher risk of pneumonia and should be closely monitored for pneumonia. All patients should receive physical therapy beginning at the first day they admitted to the hospital.

Keywords: Pneumonia; Fragility fracture; Elderly; Risk factors

* Medical Physician, Senior Professional Level, Orthopedics department, Phukhieo Chaleom Phra Keit Hospital, Chaiyaphum Province

^a Corresponding author: Tanin Jindamart Email: taninjindamart2517@gmail.com

Received: Aug. 15, 23; Revised: Sep. 6, 23; Accepted: Sep. 7, 23; Published Online: Oct. 12, 23

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงมากขึ้นตามการเพิ่มของประชากร ผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกพรุนพบในผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะเพศหญิงวัยหมดประจำเดือน ฮอร์โมนเพศหญิงน้อยลงหรือผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ส่งผลให้มีการทำลายกระดูกมากขึ้นและสร้างได้น้อยลงมวลกระดูกโดยรวมจึงลดน้อยลง อัตราการสูญเสียมวลกระดูกในเพศหญิงสูงกว่าในเพศชาย เมื่ออายุ 70 ปี อัตราการสูญเสียมวลกระดูกของเพศหญิงเท่ากับเพศชาย ผู้สูงอายุมีภาวะมวลกระดูกส่วนคอของกระดูกต้นขาน้อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินช้าลง เสี่ยงการเดินทรงตัวและความสามารถในการมองเห็นที่แย่ลงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักเมื่อพลัดตกหกล้ม⁽¹⁾ ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาในกลุ่ม Opioids, Dopaminergic agent, Anxiolytic, Antidepressant และ Hypnotics/sedatives⁽²⁾ ความสูญเสียความทรงจำระบบประสาท การรับรู้⁽³⁾ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดตกหกล้มส่งผลกระดูกข้อสะโพกหักแม้ภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง (Fragility fracture)

การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด พบว่าอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ผ่าตัด⁽⁴⁾ และผลการรักษาที่ดีคือผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักชนิดรุนแรงควรได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวเร็วที่สุด ให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้⁽⁵⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาหลังจากผู้สูงอายุข้อสะโพกหักเกิดภายใน 120 วันแรกเช่นแผลติดเชื้อข้อสะโพกหลุด เล็กตามกระดูกหัก กระดูกรอบบริเวณข้อสะโพกเทียมหัก เสียเลือดปริมาณมากจนต้องให้เลือดทดแทน ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำอุดตันหรือลิ่มเลือดอุดตันในปอด โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวายเฉียบพลัน โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือปอดติดเชื้อ⁽⁶⁾ ร้อยละ 5.1-14.91 เพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 8 เท่า⁽¹⁰⁾

ปอดติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักสัมพันธ์อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังผ่าตัด⁽¹⁰⁾ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 27-43⁽¹⁰⁾ อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้วเพิ่มสูงขึ้น^(7,10)

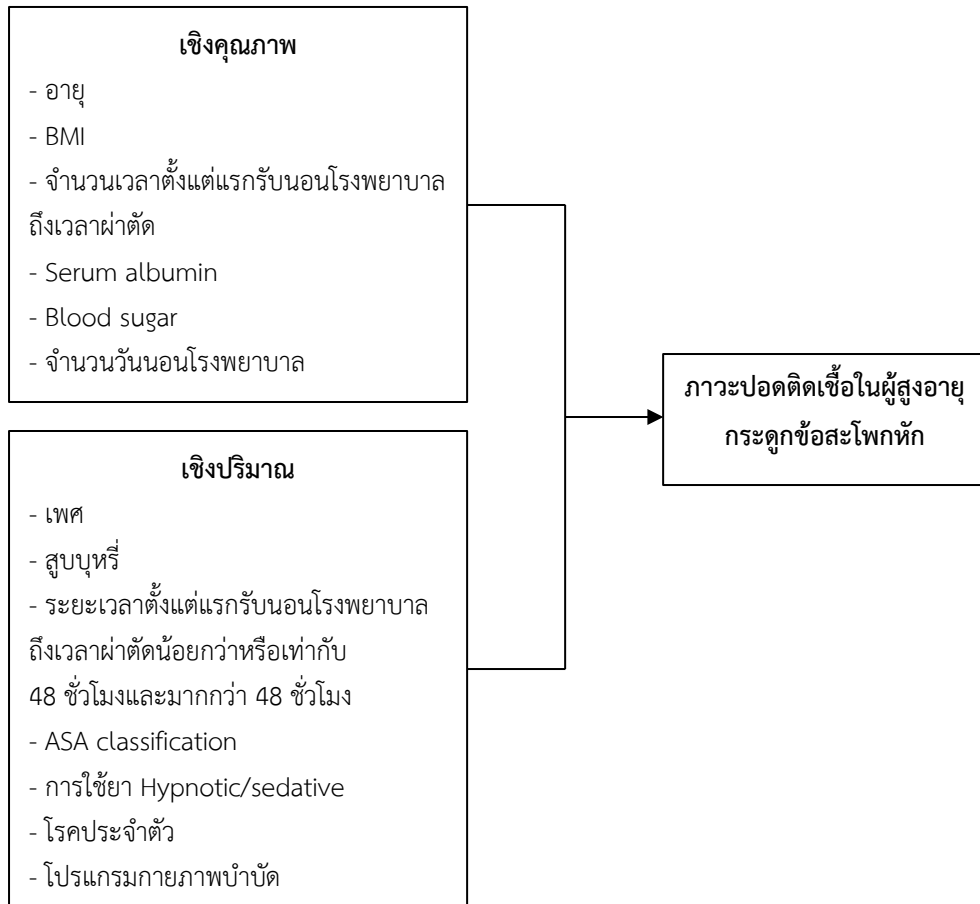
จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบปัจจัยเสี่ยงปอดติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก หลังการใช้ยา Antipsychotic เกิดปอดติดเชื้อและส่งผลให้เพิ่มวันนอนโรงพยาบาล⁽⁸⁾ เพศชาย ระดับ Serum albumin ระดับ Oxygen ในกระแสเลือดที่ต่ำทำให้ผู้ป่วยปอดติดเชื้อ⁽⁹⁾ ผู้ป่วยอายุ 90 ปีขึ้นไป BMI น้อยกว่า 18.5 kg/m² และผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพ⁽⁷⁾

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรงในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก ลดความเสี่ยงในการที่ผู้ป่วยปอดติดเชื้อ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยสูงอายุกระดุกข้อสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรงในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษากายในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Fracture neck of femur (ICD10=s72.0) Fracture intertrochanter of femur (ICD10=s72.1) และ Fracture subtrochanter of femur (ICD10=s72.2) จำนวน 227 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีปอดติดเชื้อจำนวน 18 ราย ร้อยละ 7.93 และผู้ป่วยไม่มีปอดติดเชื้อจำนวน 209 ราย ร้อยละ 92.07

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แหล่งที่มาของข้อมูล จากการทบทวนเวชระเบียน ภาพถ่าย x-ray ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ และแบบบันทึกข้อมูลกายภาพบำบัด

วิธีการวิจัย

ปัจจัยศึกษาการเกิดปอดติดเชื้อได้แก่ อายุ, เพศ, BMI, สูบบุหรี่, จำนวนเวลาตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลถึงเวลาผ่าตัด ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลถึงเวลาผ่าตัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง และมากกว่า 48 ชั่วโมง ค่า Serum albumin ค่า Blood sugar ASA classification การใช้ยา Hypnotic/sedative โรคประจำตัวเบาหวาน (Diabetes mellitus: DM) โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) หลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease: CAD) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) หอบหืด (Asthma) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) หลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular accident: CVA) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และโปรแกรมกายภาพบำบัด โดยโปรแกรมกายภาพบำบัด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้รับการกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัดตามคำสั่งแพทย์ผู้รักษา เริ่มฝึกกายภาพบำบัดหลังการผ่าตัดและถอดสายระบายเลือดออกจากแผลผ่าตัด 1 ครั้งต่อวัน การกายภาพบำบัดมุ่งเน้นการทรงตัวและการเดินโดยใช้กายอุปกรณ์จำนวน 148 ราย ร้อยละ 65.20

กลุ่มที่ 2 ได้รับการกายภาพบำบัดโดยแพทย์ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก แบ่งเป็น 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ฝึกการหายใจโดยใช้กลัมน้ำทำหน้าที่หายใจ (Deep breathing exercise) ร่วมกับฝึกไออย่างเต็มแรง (Coughing exercises) 2) ฝึกการยกสะโพกขึ้นพื้นเตียงโดยใช้มือโหน Monkey bar (Buttock elevation exercise) 3) ฝึกการทรงตัว นั่งข้างเตียง (Tuck balance exercise) 4) ฝึกเดินโดยใช้กายอุปกรณ์ ลงน้ำหนักตามคำสั่งแพทย์ (Ambulated exercise) โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 เริ่มฝึกกายภาพบำบัดตั้งแต่วันแรกรับนอนโรงพยาบาล หลังผ่าตัดวันแรกทำทั้ง 4 กิจกรรมต่อเนื่องถึงวันผู้ป่วยกลับบ้าน 3 ครั้งต่อวัน 30 นาทีก่อนรับประทานอาหาร จำนวน 79 ราย ร้อยละ 34.80

การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลทางสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา ตัวแปรเชิงคุณภาพ จะแสดงค่าเป็นเปอร์เซ็นต์ตัวแปรเชิงปริมาณ จะทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnova ($n > 50$) และ Shapiro-Wilk ($n < 50$) หากผลการทดสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจะใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) สำหรับการวัดค่ากลางและการกระจายของข้อมูล แต่หากผลการทดสอบพบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติควรใช้ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IQR)

2. สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบความเป็นอิสระของตัวอย่าง 2 กลุ่ม กรณีข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพใช้สถิติ Mann-Whitney U test และสำหรับตัวแปรเชิงปริมาณใช้สถิติ Fisher's exact test ทดสอบความเป็นอิสระของตัวอย่าง 2 กลุ่ม กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพใช้สถิติ Chi-square และสำหรับตัวแปรเชิงปริมาณใช้สถิติ Independent t-test ค่าความแตกต่างทางสถิติมีนัยสำคัญเมื่อค่า $p\text{-value} < 0.05$ และ Logistic regression นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลแสดงถึงแนวโน้มที่จะมีอาการเป็นโรคปอดติดเชื้อ

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

งานวิจัยผ่านการขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ หนังสือที่ 11/2566 ณ วันที่ 30 มีนาคม 2566 การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้รหัสผู้ป่วยแทนการใช้ชื่อสกุล บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์และป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยติดตั้งรหัสผ่านเฉพาะผู้วิจัย การศึกษาถือเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลและองค์กร และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่อายุ BMI จำนวนเวลาตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลถึงเวลาผ่าตัด Serum albumin Blood sugar และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มผู้ป่วยปอดติดเชื้อและปอดไม่ติดเชื้อนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Mann-Whitney U test โดยค่าความแตกต่างทางสถิติเมื่อค่า $p\text{-value} < 0.05$ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความแตกต่างทางสถิติคือจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่า $p\text{-value} = 0.003$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จ.ชัยภูมิ (N=227 ราย)

Variables	Mean	SD	Med	IQR	p-value
Age					0.557
Pneumonia	77.94	8.45	77.50	13.00	0.523
Non- Pneumonia	76.54	8.79	75.00	14.00	0.006

ตารางที่ 1 (ต่อ) ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จ.ชัยภูมิ (N=227 ราย)

Variables	Mean	SD	Med	IQR	p-value
BMI					0.508
Pneumonia	21.49	2.66	21.90	3.25	0.150
Non- Pneumonia	21.22	3.73	21.00	4.92	0.001
Time admin-surgery (hrs.)					0.089
Pneumonia	124.83	123.94	82.50	160.00	0.011
Non- Pneumonia	66.05	69.08	46.00	72.00	0.000
Serum albumin					0.432
Pneumonia	3.2	0.50	3.05	1.00	0.195
Non- Pneumonia	3.31	0.54	3.30	1.00	0.200
Blood sugar					0.089
Pneumonia	147.08	113.61	110.00	41.00	0.000
Non- Pneumonia	155.15	63.37	135.00	80.00	0.000
Length of hospital stay					0.003
Pneumonia	18.67	18.33	15.50	11.00	0.000
Non- Pneumonia	9.07	4.48	8.00	5.00	0.000

ปัจจัยเสี่ยงข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่เพศ, สูบบุหรี่, ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับนอนโรงพยาบาลถึงเวลาผ่าตัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมงและมากกว่า 48 ชั่วโมง ASA classification การใช้ยา Hypnotic/sedative โรคประจำตัว และโปรแกรมกายภาพบำบัด ทั้งกลุ่มผู้ป่วยปอดติดเชื้อและปอดไม่ติดเชื้อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Fisher's exact test ทดสอบโดยค่าความแตกต่างทางสถิติเมื่อค่า p-value<0.05 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความแตกต่างทางสถิติคือ ASA classification (p-value=0.028) โรคถุงลมโป่งพอง (p-value=0.035) โปรแกรมกายภาพบำบัด (p-value=0.005) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณในผู้ป่วยสูงอายุกระดูก
ข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จ.ชัยภูมิ (N=227 ราย)

Variables	Pneumonia		Non- Pneumonia		Compare between groups (p-value)
	f	%	f	%	
Gender					1.000
Male	4	22.20	51	24.40	
Female	14	77.80	158	75.60	
Smoke					0.652
Smoke	2	11.10	17	8.10	
Non-smoke	16	88.90	192	91.90	
Hours To OR (ช่วงเวลา)					0.340
≤ 48 Hours	6	33.30	98	46.90	
> 48 Hours	10	55.60	77	36.80	
Non-surgery	2	11.10	34	16.30	
ASA classification					0.028
Non-surgery	2	11.10	34	16.30	
ASA class 2	1	5.60	44	21.10	
ASA class 3	13	72.20	129	61.70	
ASA class 4	2	11.10	2	1.00	
Hypnotic/Sedative Drug					0.086
Used	12	66.70	93	44.50	
None	6	33.30	116	55.50	
DM					0.615
No	13	72.20	136	65.10	
Yes	5	27.80	73	34.90	
CKD					0.701
No	16	88.90	188	90.00	
Yes	2	11.10	21	10.00	

**ตารางที่ 2 (ต่อ) ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณในผู้ป่วยสูงอายุกระดูก
ข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จ.ชัยภูมิ (N=227 ราย)**

Variables	Pneumonia		Non- Pneumonia		Compare between groups (p-value)
	f	%	f	%	
CAD					0.338
No	16	88.90	196	93.80	
Yes	2	11.10	13	6.20	
COPD					0.035
No	15	83.30	202	96.70	
Yes	3	16.70	7	3.30	
Asthma					1.000
No	18	100.00	204	97.60	
Yes	0	0.00	5	2.40	
Hypertension					0.464
No	12	66.70	118	56.50	
Yes	6	33.30	91	43.50	
Hyperlipidemia					1.000
No	17	94.40	196	93.80	
Yes	1	5.60	13	6.20	
CVA					1.000
No	18	100.00	201	96.20	
Yes	0	0.00	8	3.80	
Physical therapy					0.005
แบบ 1	17	94.40	131	62.70	
แบบ 2	1	5.60	78	37.30	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยงตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ เพื่อทำนายโอกาสเกิดปอดติดเชื้อ
ใช้การศึกษา Logistic regression ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ Logistic Regression ของปัจจัยเสี่ยงการเกิดปอดติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุกระดูก
ข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จ.ชัยภูมิ (N=227 ราย)

Variables in the Equation	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Age	0.027	0.042	0.430	1	0.512	1.028
BMI	-0.035	0.087	0.163	1	0.686	0.966
Gender	-0.680	0.825	0.679	1	0.410	0.507
Smoke	1.007	1.023	0.969	1	0.325	2.739
Hypnotic/Sedative Drug	-0.339	0.695	0.238	1	0.625	0.712
Physical therapy	-2.614	1.323	3.903	1	0.048	0.073
Time admin-surgery	0.005	0.004	1.437	1	0.231	1.005
DM	0.373	1.079	0.120	1	0.729	1.452
CKD	-0.498	1.392	0.128	1	0.720	0.608
CAD	0.226	1.252	0.033	1	0.857	1.253
COPD	2.804	1.407	3.970	1	0.046	16.516
Asthma	-15.304	16992.087	0.000	1	0.999	0.000
Hypertension	-0.026	1.064	0.001	1	0.980	0.974
Hyperlipidemia	1.100	1.295	0.721	1	0.396	3.003
CVA	-16.487	13309.167	0.000	1	0.999	0.000
วันนอนโรงพยาบาล	0.146	0.074	3.836	1	0.050	1.157
ASA classification			5.464	3	0.141	
ASA class 2	-1.744	1.488	1.373	1	0.241	0.175
ASA class 3	-0.245	1.136	0.047	1	0.829	0.782
ASA class 4	3.306	2.238	2.182	1	0.140	27.274
Constant	-6.176	4.305	2.059	1	0.151	0.002

เนื่องจากกลุ่มประชากรศึกษามีจำนวนน้อยมาก จึงไม่สามารถอธิบายโอกาสการเกิดหรือไม่เกิด
ปอดติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มดังนี้ผู้ป่วยที่กายภาพบำบัดแล้วจะมีโอกาสเป็นปอดติดเชื้อ
ลดลง ร้อยละ 92.7 ผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงลมโป่งพองมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสเป็นปอดติดเชื้อเพิ่มขึ้น 16.52 เท่า
ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีโอกาสเป็นปอดติดเชื้อเพิ่มขึ้น 1.16 เท่า

การอภิปรายผล

ปอดติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทำให้กระบวนการรักษาผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อน เพิ่มวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อุบัติการณ์เกิดปอดติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 ร้อยละ 7.9 (18 ใน 227 ราย) ซึ่งอยู่ในช่วงร้อยละ 5.1-14.91 ผลการศึกษาเหมือนกับพบในงานวิจัยอื่น⁽¹⁰⁾ จากงานวิจัยนี้พบว่า ASA classification เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดติดเชื้อ ผลการศึกษาเหมือนกับงานวิจัยอื่นที่เคยศึกษามา^(11,12) ASA classification ใช้ประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย, โรคร่วม รวมถึงใช้พยากรณ์อัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้เป็น 4 ระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับที่ 1 ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงปกติถึงระดับที่ 4 ผู้ป่วยมีโรคร่วมที่รุนแรง ในผู้ป่วยสูงอายุที่ประเมิน ASA classification ยิ่งระดับที่สูง 3 หรือ 4 มีความเสี่ยงสูงต่อการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน จากงานวิจัยนี้พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยปอดติดเชื้อ 18 รายได้รับประเมินจากวิสัญญีแพทย์ผู้ป่วยจำนวน 16 รายได้รับการผ่าตัดพบว่าได้รับการประเมิน ASA classification ระดับ 3 มากที่สุดจำนวน 13 ราย โดยวิเคราะห์ทางสถิติ ASA classification ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปอดติดเชื้อกับไม่มีปอดติดเชื้อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value}=0.028$ งานวิจัยนี้พบว่าโรคถุงลมโป่งพองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดติดเชื้อเหมือนงานวิจัยอื่นที่เคยศึกษามา⁽⁷⁾ โรคถุงลมโป่งพองพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยสัมพันธ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่สูงขึ้นหลังผ่าตัด⁽¹³⁾ พบหลอดเลือดภายในปอดอักเสบเรื้อรัง ขบวนการแลกเปลี่ยนออกซิเจนจำกัด ขบวนการขับกำจัดสารเมือกทางเดินหายใจเสียไปทำให้เกิดภาวะปอดติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ง่าย ในงานวิจัยนี้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีปอดติดเชื้อกับไม่มีปอดติดเชื้อมีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ $p\text{-value}=0.035$

ผู้ป่วยสูงอายุข้อสะโพกหักขยับร่างกายได้น้อยเนื่องจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ทรงตัวน้อยลงตามด้วยปอดขยายตัวได้น้อยเกิดค้างค้ำสารคัดหลั่งทางเดินหายใจนำไปสู่ภาวะปอดแฟบและปอดติดเชื้อตามมา การกายภาพบำบัดหลังจากการผ่าตัดข้อสะโพกอาจมีประโยชน์ช่วยลดอุบัติการณ์เกิดปอดติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี⁽¹⁴⁾ ในการศึกษาการกายภาพบำบัดตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล กิจกรรมกายภาพบำบัด Deep breathing exercise ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทรวงอกที่หายใจ Coughing exercises ช่วยเพิ่มการขับสารคัดหลั่งและลดการค้างค้ำสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ การกายภาพบำบัดปอดตั้งแต่วันแรกรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลโดยการฝึกทำ Deep breathing exercise, Force cough exercise ร่วมกับ Early mobility ช่วยลดการเกิดปอดติดเชื้อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดวันละครึ่งพบว่าการกายภาพบำบัดตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลลดการเกิดปอดติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.005$ การกายภาพบำบัดช่วยให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นลงและอาจช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดปอดติดเชื้อระหว่างช่วงเวลาพักรักษาตัวหลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล⁽¹⁵⁾

ภาวะปอดติดเชื้อมีผลการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต และในขณะเดียวกันการนอนโรงพยาบาลนานก็เพิ่มโอกาสการเกิดปอดติดเชื้อ⁽¹⁶⁾ โดยเฉพาะเพศชายและมีประวัติโรคถุงลมโป่งพอง

ร่วมด้วย ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่ามัธยฐานของจำนวนวันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลที่เป็นปอดติดเชื้อมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปอดติดเชื้อมีค่าความแตกต่างทางสถิติ $p\text{-value}=0.003$

ปัจจัยอื่นจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสัมพันธ์กับการปอดติดเชื้อเช่น Serum albumin ต่ำ ออกซิเจนในเลือดต่ำ เพศชาย⁽⁹⁾ อายุที่มากกว่า 90 ปี $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ และผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง⁽⁷⁾ การใช้ยา Antipsychotic⁽⁸⁾ ซึ่งในงานวิจัยนี้ไม่พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความแตกต่างทางสถิติ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างศึกษามีจำนวนไม่มากพอและการเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนในผู้ป่วยทุกราย จึงควรมีการเพิ่มจำนวนตัวอย่างศึกษาและบันทึกข้อมูล Serum albumin, Blood sugar ทุกรายผู้ป่วยเพื่อนำมาวิเคราะห์ในอนาคต

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่มากกว่า 10 วัน สัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันแรกหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 4.5% พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและ 10.7% พบในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด⁽¹⁷⁾ ในการศึกษาผู้ป่วยที่เกิดปอดติดเชื้อมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.67 วันจำนวน 18 รายร้อยละ 7.93 เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีปอดติดเชื้อ มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.07 วันจำนวน 209 รายร้อยละ 92.0

ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหารสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่น้อยจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าค่า BMI ที่ต่ำกว่า 18.5 ความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อที่น้อยลงในผู้ป่วยขาดสารอาหาร ส่งผลต่อความสามารถในการกายภาพบำบัดได้ไม่ดีและทำได้ช้าเพิ่มโอกาสติดเชื้อ และนำมาสู่ภาวะปอดอักเสบแล้วปอดติดเชื้อตามมา ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหารพบว่าระดับ Albumin ที่ต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ผู้ป่วยขาดสารอาหาร สารอาหารสำรองน้อยและระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอ การได้รับสารอาหารชดเชยและแก้ไขภาวะ Albumin ต่ำมีส่วนช่วยลดการที่ปอดติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุได้⁽⁹⁾

การศึกษา Logistic regression เนื่องจากกลุ่มประชากรศึกษามีจำนวนน้อยมาก จึงไม่สามารถอธิบายโอกาสการเกิดหรือไม่เกิดปอดติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มดังนี้ผู้ป่วยที่กายภาพบำบัดมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสเป็นปอดติดเชื้อลดลง 92.7% ผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงลมโป่งพองมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสเป็นปอดติดเชื้อเพิ่มขึ้น 16.52 เท่า ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสเป็นปอดติดเชื้อเพิ่มขึ้น 1.16 เท่า

สรุป

จากงานวิจัยนี้สรุปได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการประเมิน ASA classification มากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรคถุงลมโป่งพอง ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานมากกว่า 10 วัน มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปอดติดเชื้อควรได้รับการเฝ้าระวังเกิดปอดติดเชื้อ และผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการกายภาพบำบัดปอดตั้งแต่วันแรกรับนอน

ข้อเสนอแนะ

จำนวนประชากรที่น้อยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทำให้ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหากมีการเก็บข้อมูลต่อเนื่องจำนวนประชากรศึกษาที่มากขึ้นจะสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญอื่นที่ทำให้เกิดปอดติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักเพื่อนำมาสู่การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Dargent-Molina P, Favier F, Grandjean H, Baudoin C, Schott AM, Hausherr E, et al. Fall-related factors and risk of hip fracture: the EPIDOS prospective study. *Lancet*. 1996 Jul 20;348(9021):145-9. doi: 10.1016/s0140-6736(96)01440-7.
2. Thorell K, Ranstad K, Midlöv P, Borgquist L, Halling A. Is use of fall risk-increasing drugs in an elderly population associated with an increased risk of hip fracture, after adjustment for multimorbidity level: a cohort study. *BMC Geriatr*. 2014 Dec 4;14:131. doi: 10.1186/1471-2318-14-131.
3. Fuller GF. Falls in the elderly. *Am Fam Physician*. 2000 Apr 1;61(7):2159-68, 2173-4. PMID: 10779256.
4. Tay E. Hip fractures in the elderly: operative versus nonoperative management. *Singapore Med J*. 2016 Apr;57(4):178-81. doi: 10.11622/smedj.2016071.
5. Parker MJ. Current concepts in the treatment of hip fracture. *Z Gerontol Geriatr*. 2001 Feb;34(1):74-7. doi: 10.1007/s003910170096.
6. Goh EL, Lerner RG, Achten J, Parsons N, Griffin XL, Costa PML. Complications following hip fracture: Results from the World Hip Trauma Evaluation cohort study. *Injury*. 2020 Jun;51(6):1331-6. doi: 10.1016/j.injury.2020.03.031.
7. Bohl DD, Sershon RA, Saltzman BM, Darrith B, Della Valle CJ. Incidence, Risk Factors, and Clinical Implications of Pneumonia After Surgery for Geriatric Hip Fracture. *J Arthroplasty*. 2018 May;33(5):1552-6.e1. doi: 10.1016/j.arth.2017.11.068.
8. Pratt N, Roughead EE, Ramsay E, Salter A, Ryan P. Risk of hospitalization for hip fracture and pneumonia associated with antipsychotic prescribing in the elderly: a self-controlled case-series analysis in an Australian health care claims database. *Drug Saf*. 2011 Jul 1;34(7):567-75. doi: 10.2165/11588470-000000000-00000.
9. Wang X, Dai L, Zhang Y, Lv Y. Gender and Low Albumin and Oxygen Levels are Risk Factors for Perioperative Pneumonia in Geriatric Hip Fracture Patients. *Clin Interv Aging*. 2020 Mar 19;15:419-24. doi: 10.2147/CIA.S241592.
10. Tian Y, Zhu Y, Zhang K, Tian M, Qin S, Li X, et al. Incidence and risk factors for postoperative pneumonia following surgically treated hip fracture in geriatric patients: a retrospective cohort study. *J Orthop Surg Res*. 2022 Mar 24;17(1):179. doi: 10.1186/s13018-022-03071-y.

11. Meyer AC, Eklund H, Hedström M, Modig K. The ASA score predicts infections, cardiovascular complications, and hospital readmissions after hip fracture - A nationwide cohort study. *Osteoporos Int.* 2021 Nov;32(11):2185-92. doi: 10.1007/s00198-021-05956-w.
12. Han SB, Kim SB, Shin KH. Risk factors for postoperative pneumonia in patients undergoing hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022 Jun 8;23(1):553. doi: 10.1186/s12891-022-05497-1.
13. Regan EA, Radcliff TA, Henderson WG, Cowper Ripley DC, Maciejewski ML, Vogel WB, et al. Improving hip fractures outcomes for COPD patients. *COPD.* 2013 Feb;10(1):11-9. doi: 10.3109/15412555.2012.723072.
14. Ståhl A, Westerdahl E. Postoperative Physical Therapy to Prevent Hospital-acquired Pneumonia in Patients Over 80 Years Undergoing Hip Fracture Surgery-A Quasi-experimental Study. *Clin Interv Aging.* 2020 Oct 1;15:1821-9. doi: 10.2147/CIA.S257127.
15. Chang SC, Lai JI, Lu MC, Lin KH, Wang WS, Lo SS, et al. Reduction in the incidence of pneumonia in elderly patients after hip fracture surgery: An inpatient pulmonary rehabilitation program. *Medicine (Baltimore).* 2018 Aug;97(33):e11845. doi: 10.1097/MD.00000000000011845.
16. Salarbaks AM, Lindeboom R, Nijmeijer W. Pneumonia in hospitalized elderly hip fracture patients: the effects on length of hospital-stay, in-hospital and thirty-day mortality and a search for potential predictors. *Injury.* 2020 Aug;51(8):1846-50. doi: 10.1016/j.injury.2020.05.017.
17. Nikkel LE, Kates SL, Schreck M, Maceroli M, Mahmood B, Elfar JC. Length of hospital stay after hip fracture and risk of early mortality after discharge in New York state: retrospective cohort study. *BMJ.* 2015 Dec 10;351:h6246. doi: 10.1136/bmj.h6246.

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุตหมากไฟ อำเภอนองวัวขอ จังหวัดอุดรธานี

นิยม ดีจันทร์*, สุพัฒน์ กองศรีมา^a, นครินทร์ ประสิทธิ์**,
ณัฐพร นิจธรรมสกุล***, ภูวนาถ ศรีสุธรรม****

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 136 คน สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือดไม่ได้ จำนวน 53 คน แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2566 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การดำเนินกิจกรรมในการศึกษาทุกขั้นตอนจำเป็นต้องเป็นไปตามบริบทของชุมชนและวิถีชีวิตของผู้ร่วมศึกษาและชุมชน นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดบทบาทในการแก้ไขปัญหามากขึ้น จึงจะทำให้แนวทางที่ได้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชน; ผู้ป่วยเบาหวาน; เบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม จังหวัดสกลนคร

**** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด จังหวัดขอนแก่น

^a Corresponding author: สุพัฒน์ กองศรีมา Email: supatkongsrima@gmail.com

รับบทความ: 24 ส.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 14 ก.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 14 ก.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 21 ต.ค. 66

Effects of a Community Participation Program on Management at Kudmakfai Sub-District in Nong Wua So District, Udon Thani Province

Niyom Deechan^{*}, Supat Kongsrima^{*a}, Nakarin Prasit^{**},
Nattaporn Nidthumsakul^{***}, Puwanat Sresutham^{****}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a community participation program in caring for uncontrolled diabetic patients. Population was 136 type-2, non-insulin dependent diabetic patients. Samples were consisted of 53 patients with uncontrolled blood sugar level randomly selected from the total patients. The instruments were questionnaires that was content validated by 3 experts with all questions having the index of item-objective congruence (IOC) greater than 0.50 and reliability using Cronbach's alpha coefficient analysis of the entire questionnaire of 0.79. Data were collected from December 16, 2022 to January 31, 2023. Statistics used for data analysis were descriptive statistics and paired samples t-test, with a statistical significance level set at 0.05.

The results showed that the mean scores of cognitive abilities of patients with uncontrolled blood sugar level, before and after the intervention, increased significantly at p-level of 0.01. Mean scores of perceived self-efficacy in treatments among patients significantly increased after the intervention at $p < 0.05$. It was recommended that educational activities must be provided in accordance with community contexts and ways of life. Communities, diabetic patients, caregivers, village health volunteers, public health officials and network partners in communities should be involved in problem analyses and should be involved in more roles in solving problems to make problem solving more appropriately and sustainable.

Keywords: Community participation program; Diabetic patients; Uncontrollable diabetes mellitus

^{*} Udonthani Provincial Public Health Office, Udonthani Province

^{**} Faculty of Public Health, Khon Kaen University

^{***} Ban Non Udom Sub-district Health Promotion Hospital, Sakon Nakhon Province

^{****} Ban Non Sa-ad Sub-District Health Promoting Hospital, Khon Kaen Province

Received: Aug. 24, 23; Revised: Sep. 14, 23; Accepted: Sep. 14, 23; Published Online: Oct. 21, 23

บทนำ

โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของทั้งการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน และการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมกลไกต่างๆ ของร่างกายในการเผาผลาญสารอาหารได้ตามปกติ ในกรณีขาดอินซูลินในปริมาณน้อย อาจมีเพียงระดับน้ำตาลสูงหลังมื้ออาหารเนื่องจากตับและเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ เมื่อขาดอินซูลินรุนแรงมากขึ้น นอกจากระดับน้ำตาลสูงหลังมื้ออาหารแล้วน้ำตาลช่วงอดอาหารก็จะเริ่มสูงขึ้น เพราะเซลล์ของตับมีการสร้างน้ำตาลมากขึ้นจากการสลายไกลโคเจนและการสร้างน้ำตาลจากกรดอะมิโน การใช้กลูโคสน้อยลงและมีการสร้างกลูโคสจากสารอื่นๆ มากขึ้น มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงทั้งวัน⁽¹⁾ เมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดสูงจะทำให้หลอดเลือดเกิดภาวะแข็งตัวและหนาขึ้นจนเกิดการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลันที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น ระยะเวลา การสูญเสียจอประสาทตา ไตวาย เส้นประสาทส่วนปลายที่มีความเสี่ยงเกิดแผลที่เท้า เนื้อตาย มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของโรค Stroke STEMI⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย มีผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวาน มีกลุ่มเป้าหมายประชากร 35 ปีขึ้นไป จำนวน 22,678,756 คน ได้รับการคัดกรอง เพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น 19,378,229 คน (ร้อยละ 85.4) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 184,067 คน (ร้อยละ 1.0) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน 130,142 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 ในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คนที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน⁽³⁾

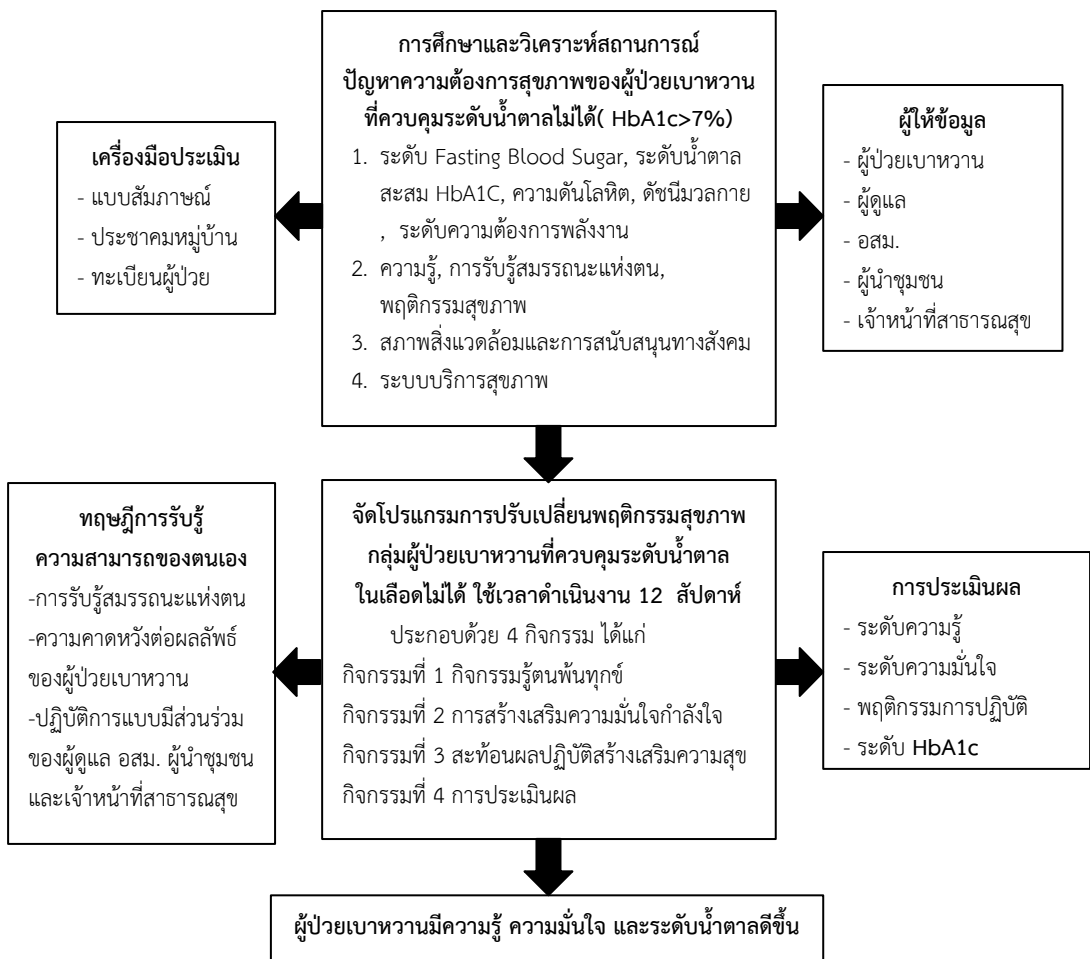
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดหมากไฟ ปี 2562-2564 มีผู้ป่วยเบาหวาน 283, 343 และ 349 มีอัตราป่วยต่อพันประชากรคือ 52.90, 65.48 และ 65.95 ตามลำดับ ในปี 2565 ข้อมูลเดือนตุลาคม 2565 รพสต.บ้านกุดหมากไฟ มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 327 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อพันประชากร 61.61 ต่อพันประชากร (ประชากรกลางปี 5,307 คน) ผู้ป่วยที่รับบริการ รพ.หนองวัวซอ และ รพ.สต.กุดหมากไฟ ได้รับตรวจคัดกรองระดับน้ำตาล ในช่วงเดือนตุลาคม 2564-มกราคม 2565 จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 79.27 พบว่ามีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7% จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ แต่พบในอัตราที่ต่ำ แต่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่า 7% จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 52.20 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ดังนั้น จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ตนเอง แนวคิดการจัดการตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสร้างเสริมความรู้ การรับรู้และพัฒนาทักษะ การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนให้กำลังใจ และแรงกระตุ้นเตือน รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา สาเหตุ จัดทำแผนงาน ปฏิบัติตามแผน และการติดตาม ประเมินผล ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มที่ร่วมกันกำหนดไว้ ทำให้ชุมชนรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วย รู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อันตรายจากโรคเบาหวานและตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหา พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้น จึงต้องการนำแนวทางที่สร้างขึ้นมาทดลองใช้ เพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ขึ้น⁽⁴⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาพัฒนาระดับความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอนองวัวขอ จังหวัดอุดรธานี ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest posttest design) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ประชากรที่ใช้ศึกษา คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ทั้งเพศชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุ ค่าระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด (HbA1c) มากกว่า 7% จำนวน 136 คน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) 0.75⁽⁵⁾ ซึ่งหาได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์⁽⁶⁾ มีค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ผักผลไม้ และการมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ คือ และระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้เกณฑ์ดั่งน้างคอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ตรวจโดยใช้ เลือด (HbA1c) ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระยะเวลาที่ป่วย ภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษา สถานที่รักษา การตรวจตามนัดเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ความรู้เรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับปรึกษา และการผ่อนคลายความเครียด โดยผู้ตอบเลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ ทั้งหมด 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด มีคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Rating scale) 5 ระดับ และให้คะแนน

2. เครื่องมือในการดำเนินกิจกรรม

1) คู่มือผู้ป่วย “เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน รู้ตน ตั้งเป้า สานต่อ สูเป้าหมาย” ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีเนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป กราฟแสดงระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน บันทึกการรับประทานอาหารใน 1 วัน กิจกรรมต้องออกแรงหรือ

ออกกำลังกาย สัดส่วนการรับประทานอาหารใน 1 วัน รายการอาหารแลกเปลี่ยนของผู้ป่วยเบาหวาน และแนวทางการออกกำลังกายกับโรคเบาหวาน

2) โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3) เครื่องมือและอุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การใช้กล้องถ่ายภาพ การจดบันทึกภาคสนาม (Field note) บันทึกประจำวันที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ซึ่งเครื่องมือทั้ง 4 ชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงอำเภอกัลยาศิริกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.79, 0.732, 0.802, และ 0.712 ตามลำดับ

2. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในด้านความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาและรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2565 เลขที่ UDREC1666 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566 การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติ Paired-sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า 7% จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 38.97 ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 69.81 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 100 มีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 13.20 มีผู้ดูแลเป็นสามี ภรรยา บุตร และหลาน และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 100

ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าระดับน้ำตาลน้ำตาลสะสมในกระแสเลือดมากกว่า 8% (ความเสี่ยงสูง-สีแดง) จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับไขมัน LDL cholesterol ≥ 100 ร้อยละ 42.28 ระดับไขมัน Triglyceride ≥ 150 ร้อยละ 41.50 ตรวจการทำงานของไตพบว่าอยู่ใน Stage 1 จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.69 Stage 2 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.75 Stage 3 จำนวน 7.54 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.32 ไม่พบ Stage 4 และ Stage 5 การตรวจเท้ามีภาวะเสี่ยงสูง ร้อยละ 1.88 มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 7.54 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและสูง ร้อยละ 13.20

ปัจจัยและสาเหตุที่มีผลต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ปัจจัยด้านความรู้ จากการประเมินความรู้ด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย รับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ก่อนดำเนินการระดับดีมาก ร้อยละ 52.83 ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.00 และระดับน้อย ร้อยละ 18.87 และส่วนใหญ่มีความรู้หลังดำเนินการระดับดีมาก ร้อยละ 84.91 ระดับปานกลางร้อยละ 15.09 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำแนกตามระดับความรู้ ก่อนและหลังดำเนินการ (n=53)

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก (18-19 คะแนน)	28	52.83	45	84.91
ปานกลาง (16-17 คะแนน)	15	28.30	8	15.09
น้อย (0-15 คะแนน)	10	18.87	0	0.00
	ก่อน $\bar{X}$ =16.81 (SD=2.39)		หลัง $\bar{X}$ =18.26 (SD=0.93)	

ด้านความมั่นใจ ผลการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจที่จะสามารถปฏิบัติก่อนดำเนินการได้ในระดับน้อย ร้อยละ 41.51 รองลงมาคือความมั่นใจที่จะสามารถปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.62 และมีความมั่นใจที่จะสามารถปฏิบัติได้ในระดับสูง ร้อยละ 18.87 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 57.85 และสามารถปฏิบัติหลังดำเนินการได้ในระดับสูง ร้อยละ 66.04 มีรองลงมาคือความมั่นใจที่จะสามารถปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.53 และมีความมั่นใจที่จะสามารถปฏิบัติได้ในระดับน้อย ร้อยละ 9.43 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำแนกตามระดับความมั่นใจ ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับความมั่นใจ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (68-75 คะแนน)	10	18.17	35	66.04
ระดับปานกลาง (60-67 คะแนน)	21	39.62	13	24.53
ระดับน้อย (0-59 คะแนน)	22	41.51	5	9.43
	ก่อน $\bar{X}$ =57.85 (SD=10.24)		หลัง $\bar{X}$ =66.92 (SD=4.86)	

ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ก่อนดำเนินการมีระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด (HbA1c) มากกว่า 8% ร้อยละ 100 หลังดำเนินการส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสูงระดับปานกลาง (HbA1c ระหว่าง 7-7.9%) ร้อยละ 73.58 รองลงมา มีระดับน้ำตาลระดับเสี่ยงสูง (มากกว่า 8%) ร้อยละ 26.42 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำแนกตามระดับระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด (HbA1c)	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความเสี่ยงต่ำ (น้อยกว่า 7%)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (ระหว่าง 7-7.9%)	0	0	14	26.4
ระดับเสี่ยงสูง (มากกว่า 8%)	53	100	39	73.58
	ก่อน $\bar{X}$ =9.95 (SD=1.76)		หลัง $\bar{X}$ =9.32 (SD=1.85)	

ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72.22 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 55.56 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.67 เป็นผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 44.44 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 50.00

ผลการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วย

ผลการใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 53 คน ผลสรุปได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองด้านความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.0001 โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.81 (SD=2.15) ก่อนการดำเนินการเป็น 18.26 (SD=0.75) หรือค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้จากระดับปานกลางเป็นระดับดีมาก หลังดำเนินการ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองด้านความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปร	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้				
	ระยะเวลา	$\bar{x}$	SD	t	p-value
การดูแลตนเองด้านความรู้	ก่อนดำเนินการ	16.81	2.15	-3.925	<0.0001
	หลังดำเนินการ	18.26	0.75		

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความมั่นใจของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความมั่นใจของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.041 โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 57.85 (SD=10.49) ก่อนการดำเนินการเป็น 62.92 (SD=10.59) หรือค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลางหลังดำเนินการดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความมั่นใจของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปร	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้				
	ระยะเวลา	$\bar{x}$	SD	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ก่อนดำเนินการ	57.85	10.49	-2.133	0.041
	หลังดำเนินการ	62.92	10.59		

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.011 โดยระดับน้ำตาลลดลงจาก 9.95 (SD=1.09) ก่อนดำเนินการเหลือ 9.32 (SD=0.96) หลังดำเนินการ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปร	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้				
	ระยะเวลา	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ระดับน้ำตาลสะสม	ก่อนดำเนินการ	9.95	1.09	2.70	0.011
ในกระแสเลือด (HbA1c)	หลังดำเนินการ	9.32	0.96		

4. ความต้องการพลังงานการบริโภคอาหารใน 1 วัน

ผลการประเมินการบริโภคอาหารใน 1 วัน หลังดำเนินการของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับพลังงานเกินความต้องการลดลงจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 33.33 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่ได้รับใน 1 วัน หลังดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารถูกสัดส่วนมากขึ้น ทำให้พลังงานพลังงานในการรับประทานอาหารใน 1 วันลดลง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารได้ถูกต้องมากขึ้น

5. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จากการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังดำเนินการ พบว่า

1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทุกคนรับประทานอาหารข้าวเหนียวโดยมีการกำหนดสัดส่วนก่อนรับประทานอาหาร และรับประทานอาหารข้าวสวยสลับเป็นบางมื้อ ส่วนอาหารประเภทเนื้อสัตว์จะเปลี่ยนมารับอาหารประเภทปลามากขึ้น มีการปรุงอาหารแบบปิ้ง ย่าง แกงอ่อมมากขึ้น มีการรับประทานอาหารปรุงประเภทผัดทอดลดลง ส่วนอาหารว่างผู้ป่วยลดการรับประทานยังคงคือผลไม้หวาน และขนมหวานแต่รับประทานในสัดส่วนลดลง

2) พฤติกรรมออกกำลังกายผู้ป่วยมีออกกำลังกายหรือออกแรงน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงมีการประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวนที่ต้องออกเกือบทุกวันมากกว่าวันละ 1 ชั่วโมง จะหยุดเฉพาะวันที่มีการกิจต้องไปทำเท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุที่ไปทำงานไม่ได้ก็จะมีการออกแรงมากขึ้นแต่ยังไม่ถึง 150 นาทีต่อสัปดาห์ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 28.30

3) พฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยรับยาทุกเดือน ไม่มีการใช้การรักษาอื่นนอกจากแพทย์สั่ง และยังมีผู้ป่วย 1 คนที่รับประทานยาสมุนไพรเพื่อรักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย

4) พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด เมื่อป่วยมีการความเครียดทุกคนมีวิธีผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้องทุกคนหลังการดำเนินการ

6. การเยี่ยมบ้าน

การติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูง จำนวน 53 คน หลังเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามเยี่ยมบ้านร้อยละ 1-2 ครั้ง

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ศึกษา กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารตามสัดส่วนที่กำหนด และส่วนใหญ่มีการออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการออกแรงมากกว่า 30 นาที ต่อวัน ในการรับประทานอาหารผู้ป่วยทราบสัดส่วนอาหารและรายการอาหารทดแทนตามคู่มือที่แจกให้จึงสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ในช่วงเดือนที่ 1 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2 คน มีการรับประทานอาหารน้อยกว่าสัดส่วนที่กำหนด ต้องกลับมา รสพด.เนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลีย หลังฉีดเจาะ Fasting blood sugar พบว่าระดับน้ำตาลต่ำกว่า 70 mg/dl จึงส่งตัวพบแพทย์เพื่อปรับยา และมีบางคนที่พบว่ารับประทานตามสัดส่วนที่กำหนดแล้วไปทำงานหนักจะทำให้เหนื่อยและหิวมาก จึงได้แนะนำให้เพิ่มการรับประทานอาหารได้ถ้ามีการออกแรงในการทำงานมากขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ความร่วมมือมีบทบาทส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านให้ความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และพบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันจะช่วยติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีกำลังใจ

ผู้ดูแล ที่ได้เข้ารับการอบรม มีความรู้และมีความมั่นใจที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้ด้วยความเข้าใจช่วยลดและกระตุ้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารได้เหมาะสม มีการออกกำลังกายถูกต้อง

การเยี่ยมบ้านพบว่าหลังดำเนินการ 3 เดือน ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติในการรับประทานอาหารตามสัดส่วนและเลือกรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนได้ ควบคุมการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน อาหารที่มีไขมันต่ำ มีการออกแรงหรือออกกำลังกายมากขึ้น

การดำเนินงานและส่งต่อกิจกรรมที่ได้ดำเนินการหลังจากได้สรุปผลของกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ศึกษาและทีมศึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.กุดหมากไฟ จึงได้ส่งต่อกิจกรรมการดำเนินงานต่อไปในระดับเครือข่ายบริการอื่นต่อไป

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยสาเหตุ

1.1 สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

จากการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีการแบ่งตามระดับน้ำตาลเป็น 5 กลุ่ม ตามระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยสำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ⁽³⁾ โดยยึดเกณฑ์ “ป้องกันจรรยาวัตร 7 สี” เพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7% (มีความเสี่ยงต่ำ-สีเหลือง) ระดับน้ำตาลระหว่าง 7-7.9% (มีความเสี่ยงปานกลาง-สีส้ม) และระดับน้ำตาลมากกว่า 8% (ความเสี่ยงสูง-สีแดง)

หลังดำเนินการศึกษาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่าไม่มีผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด น้อยกว่า 7 % (มีความเสี่ยงต่ำ-สีเหลือง) พบผู้ป่วยที่มีระดับ

น้ำตาลระหว่าง 7-7.9 % (มีความเสี่ยงปานกลาง-สีส้ม)จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 26.42 และยังคงมีผู้ป่วยระดับน้ำตาลมากกว่า 8 % (ความเสี่ยงสูง-สีแดง) จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 73.58 และในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทั้งหมดพบว่ามีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ระดับไขมัน LDL cholesterol ≥ 100 ร้อยละ 42.28 ระดับไขมัน Triglyceride ≥ 150 ร้อยละ 41.50 ตรวจการทำงานของไตพบว่า Stage 1 จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.69 Stage 2 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.75 Stage 3 จำนวน 7.54 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.32 ไม่พบ Stage 4 และ Stage 5 ตามลำดับ การตรวจเท้ามีภาวะเสี่ยงสูงร้อยละ 1.88 มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 7.54 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและสูง ร้อยละ 13.20 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมองหัวใจ ซึ่งภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาสอดคล้องกับการศึกษาการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินจาก ตับอ่อน และการเกิดภาวะดื้ออินซูลินของตับอ่อน ทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมกลไกต่างๆ ของร่างกายในการเผาผลาญสารอาหารได้ตามปกติเนื่องจากตับอ่อนและเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ⁽¹⁾ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผลจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นมากในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด และระบบประสาทส่วนปลาย ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงพบได้ทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน มีภาวะคุกคามต่อชีวิต อาทิเช่น ระยะยาวการสูญเสียจอประสาทตาไตวาย เส้นประสาทส่วนปลายที่มีความเสี่ยงเกิดแผลที่เท้า เนื้อตาย มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหัวใจและสมอง เกิดความดันโลหิตสูง⁽¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล แรงสนับสนุนครอบครัว และด้านการบริการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี⁽⁴⁾ สัมพันธ์กับการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางควบคุมการควบคุมโรคได้ด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติในแนวทางที่เลือกอย่างมั่นใจว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้⁽⁷⁾

1.2 ปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ส่วนใหญ่มาจากการผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ผู้ป่วยทุกคนรับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำ ส่วนอาหารว่างที่ผู้ป่วยทุกคนชอบรับประทาน คือ มะม่วง มะขามหวาน แดงโม และขนมหวาน ซึ่งทุกคนไม่มีการจำกัดปริมาณอาหารจนทำให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานเกินความต้องการใน 1 วัน ถ้าได้รับพลังงานเกินติดต่อกันนานขึ้นก็จะทำให้มีการสะสมพลังงาน ทำให้มีระดับน้ำตาลสูงและมีไขมันสะสมในร่างกาย ทำให้ดรรชนีมวลกายเกิน สำหรับผู้ป่วยมีพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกายหรือออกแรงน้อยร่วมด้วย จึงเป็นสาเหตุให้ร่างกายไม่มีการนำพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันมาใช้ และถ้าพลังงานที่ได้รับเกินก็จะเป็นการสะสมเพิ่มมากขึ้นด้วย พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง การรับประทานยาสมุนไพรเป็นบางครั้ง รับประทานกาแฟเพื่อลดระดับน้ำตาล การปรับยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติ สิ่งเหล่านี้มีผลการหลังอินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าผู้ป่วย

เบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติจากการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม⁽⁴⁾ สอดคล้องจากการศึกษาปัจจัยหลักที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากจะต้องมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน ดังนั้นการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงมีเป้าหมายหลักคือการสนับสนุนการดูแลตนเอง และเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษา ผลการรับรู้ภาวะสุขภาพแต่ละด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรับรู้อุปสรรค พบว่ามีความสำคัญกับการดูแลตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁸⁾ สัมพันธ์กับใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model และ Self-efficacy ในการสร้างสมรรถนะแห่งตนเป็นแกนสำคัญของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมได้ดี ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เช่น ในพื้นที่มีผลไม้หลายชนิดเช่น มะม่วง แตงโม มะขามหวาน และผลไม้อื่นๆ ตามฤดูกาล มีการจำหน่ายอาหารประเภทน้ำหวาน ขนมหวาน ผลไม้หวาน อาหารปรุงสำเร็จรูป ถ้าผู้ป่วยที่ขาดความมั่นใจดังกล่าวก็จะยอมแพ้ปัญหาอุปสรรคและจะลดพยายามในการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายลง นอกจากนี้ประเพณีวัฒนธรรม สังคม ของพื้นที่นี้ยังมีผลต่อพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน เช่นเมื่อมีบุญประเพณีที่มีการทำขนมหวาน ข้าวต้มมัด มีน้ำหวาน น้ำอัดลม มีการดื่มสุราร่วมกัน สิ่งเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเกินจากการขาดความเชื่อและมั่นใจในความสามารถในการกระทำหรือปฏิบัติที่เกิดขึ้น⁽⁹⁾

2. ผลการใช้ทฤษฎีส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

จากการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชนในการศึกษาคครั้งนี้ โดยร่วมหาปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตามปัญหาและความต้องการจากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน ยังขาดความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาล ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติให้ถูกต้อง และผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชนไม่มั่นใจที่จะไปแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง จึงได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁽¹⁰⁾ จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความมั่นใจในตนเอง ในการนำความรู้ที่มีอยู่ ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งแนวคิดนี้ อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อหรือมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ จะมีแรงจูงใจ อดทน อดสาเห ไม่ท้อถอย และมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

หลังดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง 4 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ประสบการณ์ให้ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองโดยกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ฝึกกำหนดสัดส่วนการรับประทานอาหารต่อวัน การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย มีการสาธิตและลงมือปฏิบัติแต่ละขั้นตอนจนประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นจะได้ทราบแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องและนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง การใช้คำพูดชักจูงให้ปฏิบัติตาม และการกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วยให้เกิดการตระหนักรู้เห็นความสำคัญที่ต้องตัดสินใจในการปฏิบัติ จากการ

บอกเล่าประสบการณ์ปฏิบัติของตนเอง คัดเลือกตัวแบบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี การสัมพันธ์กับการศึกษา การจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานเรียนรู้และเน้นกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเองตนเองในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมทั้งการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและญาติทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น⁽¹¹⁾

หลังดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อสม.และผู้นำชุมชน โดยมีการให้ความรู้ตามที่ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชนต้องการ โดยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รวมทั้งความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ฝึกกำหนดสัดส่วนการรับประทานอาหารต่อวัน และการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วย และสาธิตการเลือกรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อจะได้แนะนำผู้ป่วยได้ถูกต้อง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย การยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถลดและควบคุมระดับน้ำตาลได้

จากการทดสอบทางสถิติ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.041 และค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.011 สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานและการจัดการตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลา 13 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างเสริมความรู้ การสร้างการรับรู้ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดย อสม. ผลการศึกษาพบว่าหลังการศึกษาผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)⁽¹¹⁾ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้มีระดับน้ำตาลปกติหรือใกล้เคียงปกติจึงต้องดำเนินการอย่างจริงจัง โดยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เรียนรู้การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยใช้สมุดบันทึกสุขภาพ แบบบันทึกการรับประทานอาหารและแบบบันทึกการออกกำลังกายบันทึกผลการปฏิบัติของตนเอง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง การได้เห็นตัวแบบและแนวทางที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง และนำไปปฏิบัติต่อบ้าน แม้ว่าบางรายมีปัญหาหลายอย่างในการปรับตัวในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เพราะหลังเข้าร่วมกิจกรรมนี้แล้วทำให้ผู้ป่วยกำหนดสัดส่วนการรับประทานอาหารที่ต้องรับประทานให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันและพยายามปรับตัวเองในการออกกำลังกายจากที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหาร ล้วนแล้วแต่เป็นประสบการณ์ตรงทำให้ผู้ป่วยร่วมมือมากขึ้น การทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็เป็นความสำเร็จอีกชนิดหนึ่งจากที่ผู้ป่วยได้เล่าถึงความสำเร็จทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการดำเนินการต่อและคนที่มีความรู้หรือประสบการณ์จะได้ออกมาหาทางแก้ไขและตั้งเป้าหมายในครั้งต่อไปสอดคล้องกับการศึกษา จัดโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิด

Self-efficacy โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะ การสนับสนุนของพยาบาลรวมถึงการเยี่ยมบ้านและเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเป็นแกนสำคัญของโปรแกรม จนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมได้ดี⁽⁹⁾

จะเห็นว่า การนำทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน มาใช้แก้ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน เกิดจากการร่วมคิดและหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย และทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกหมากไฟ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่นของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชน เนื่องจากแนวทางนี้ได้พัฒนาจากฐานข้อมูลที่ได้จากสถานการณ์ ร่วมกับความรู้ที่จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชนเกิดการเชื่อมโยงบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินกิจกรรมในการศึกษาทุกขั้นตอนจำเป็นต้องเป็นไปตามบริบทของชุมชนและวิถีชีวิตของผู้ร่วมศึกษาและชุมชน
2. ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแล สสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดบทบาทในการแก้ไขปัญหาขึ้นจึงจะทำให้แนวทางที่ได้เกิดการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี และภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคล ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. เทพ หิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิน, ธิดา นิงสานนท์. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2555.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ชุดรูปแบบบริการในการป้องกัน ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง สำหรับสถานบริการ (CVD CKD Detection and Prevention Control Package). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2566.

4. ระพีพร วาโยบุตร, พิมภา สุตรา. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารกองการพยาบาล. 2561;41(2):72-83.
5. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สารพีร์, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2563;5(1):496-507.
6. พนิดา เชียงจิ่ง, ธนัช กนกเทศ, ปัทมา สุพรรณกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2557;8(3):30-8.
7. อนุสรณ์ ลังกาพันธ์. ผลกระทบของการเกิดอนุมูลอิสระจากโรคเบาหวานต่อการทำงานของไต. ลำปางเวชสาร. 2009;30(2):75-83.
8. ประภารัตน์ ตั้งสกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;8(1):324-32.
9. ชยพล ศิรินิยมชัย. บทบาทพยาบาลในการจัดการแผลเบาหวานที่เท้า. เวชบัณฑิตศิริราช. 2562;12(2):132-9.
10. อภิชาติ กตะศิลา, สุกัญญา ลีทองดี, ประเสริฐ ประสมรักษ์. ผลของโปรแกรมการใช้สมุดบันทึกทางคลินิกร่วมกับแรงสนับสนุนจากเพื่อนเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2560;19(1):233-43.
11. สุธิพร หรพลิด, นิจฉรา ทูลธรรม, เสฐียรพงษ์ ศิวินา. การประยุกต์ใช้โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขวอะคลอง อำเภอ เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;5(2):52-67.
12. อนุชา วรหาญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลาขวัญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2561;12(27): 5-22.
13. ภาณุมาศ ไกรสัย, วลัย นาริพรมลา. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารบัณฑิตศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาภูมิราชวิทยาลัย สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2560;15(2):101-10.
14. ณวิวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):454-68.
15. วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ตะวัน แสงสุวรรณ, พุทธิพงษ์ พลคำอัย. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):428-42.

16. จำปา นามมงคลเคหา, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอตากกลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):145-53.
17. ยุพา อภิโกมลกร, กัญญาณัฐ ปนตาสาย. ผลของการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้วย PRECEDE PROCEED model ใน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านกล้วยแพะ อำเภอเมือง จังหวัด ลำปาง. วารสารควบคุมโรค. 2562;45(4):343-54.
18. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;1986.
19. สมถวิล สนิทกลาง, สุนีย์ ละกะปิ่น, ปาหนัน พิษยภิณโณ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลส่งเสริมการจัดการ ตนเองร่วมกับ การสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ ฉีดอินซูลิน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2565;52(3):205-21.
20. ทัดติกา ฉัตรชัยพันธ์, สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกริฑากุล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;24(3):83-93.

การจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

มธุรส สว่างบำรุง^a, ธีรยุทธ วิสุทธิ^{**}

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดทัศนคติ ปัญหา รูปแบบการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ตามลำพังรวม 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีแนวคิดทัศนคติความสุขแบบอิสระเสรีใน 3 ประเด็น คือ บุคคล ความคิดและการตัดสินใจ และเวลา ปัญหาที่พบ ได้แก่ รายได้ การสัญจร การนอนหลับไม่ตื่น และเจ็บป่วยภาวะฉุกเฉิน 2) รูปแบบการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิง ได้แก่ 1. ด้านชีวิตประจำวัน สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับไม่เป็นการพึ่งพา 2. ด้านสุขภาพกาย มีปัญหาสุขภาพไม่ต่ำกว่า 3 โรคต้องดูแลตนเองเพิ่มขึ้นโดยใช้กายอุปกรณ์ รวมทั้งพึ่งพิงระบบบริการสาธารณสุข 3. ด้านสุขภาพจิต อยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป มีการจัดการอารมณ์ที่ดีและร่วมกิจกรรมทางสังคม 4. ด้านเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อความสุขในชีวิตแตกต่างกันในเรื่องทุนเศรษฐกิจและมีรายได้ไม่เพียงพอต่อภาระค่าใช้จ่าย 5. ด้านสังคม ก่อให้เกิดมิตรภาพ การพึ่งพากันที่สัมพันธ์กับบุคลิกภาพเปิดเผยของผู้สูงอายุ และ 6. ด้านศาสนาพัฒนาสุขภาวะด้านจิตวิญญาณซึ่งผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับกิจกรรมวัฒนธรรมประเพณี จากทั้งหมด 6 ด้านนี้จัดอยู่ภายใต้มิติบูรณาการ 4 ส่วนระหว่างการพึ่งพิงตนเองเป็นหลัก ครอบครัว ญาติพี่น้อง สังคม และองค์กร งานวิจัยนี้เป็นแนวทางสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในระดับชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นนำไปพัฒนาการมีส่วนร่วมต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการชีวิต; ภาวะพึ่งพิง; ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

* รองศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

^a Corresponding author: มธุรส สว่างบำรุง Email: marosesom@yahoo.com

รับบทความ: 21 ส.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 15 ก.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 15 ก.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 21 ต.ค. 66

Life Management and Dependence for the Happiness of the Lonely Elderly

Maturose Sawangbumrung^{*a}, Thirayut Wisuthi^{**}

Abstract

This qualitative research aimed to investigate concepts, attitudes, problems, life management styles, and dependence for happiness among lonely elderly. The key informants were 10 elderly aged 60 years and over who lived alone. Data were collected by participatory observation, in-depth interview, Barthel Activities of Daily Living : ADL assessment and content analysis. Findings revealed that 1) the elderly had the free concept of independent happiness attitude in 3 issues: person, cognition/decision-making and time. Problems encountered included : income, traffic, sleep and do not wake up and emergency illness. 2) Life management style and dependency were 1. daily life be able to do daily routine which was non-dependent; 2. physical health had at least 3 health problems which required additional self - care by using prosthetic devices and public health service system; 3. mental health under normal criteria with good emotion management and social activities; 4. economic aspect it had impacts on the difference in happiness in life based on economic capital and inadequate incomes; 5. social aspect creating friendship and reliance on one another having a relationship with extrovert personality of the elderly; and 6. religion aspect developing spiritual health which the elderly put the importance on culture/ traditional activities. All of 6 aspects were under the integral dimension 4 parts between self-reliance as the main, family, relatives, social and organizations. The study was a guideline for promoting of the elderly well-being alone at the community level and local agencies to further develop participation.

Keywords: Life management; Dependency; Lonely elderly

^{*} Associate Professor, Faculty of Liberal Arts, Maejo University

^{**} Assistant Professor, Faculty of Buddhism, Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Chiang Mai Campus

^a Corresponding author: Maturose Sawangbumrung Email: marosesom@yahoo.com

Received: Aug. 21, 23; Revised: Sep. 15, 23; Accepted: Sep. 15, 23; Published Online: Oct. 21, 23

บทนำ

การเติบโตของโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มวัยอื่น โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในปี 2563 มีจำนวน 12 ล้านคน คิดเป็น 18 เปอร์เซ็นต์ เพิ่มขึ้น 20.42 ล้านคน คิดเป็น 31.28 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2583 ขณะที่ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลงจาก 43.26 ล้านคน หรือ 65 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2563 เป็น 36.5 ล้านคน หรือ 56 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2583 โดยอัตราส่วนของวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุก็ลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ในปี 2563 มีวัยแรงงาน 3.6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือวัยแรงงาน 1.8 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในปี 2583 ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานเพิ่มขึ้นจาก 27.7 ต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2563 เป็น 56.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2583⁽¹⁾ ในขณะที่ปี 2564 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเท่ากับ 30.5 นั่นคือประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 31 คน อัตราเกื้อหนุนเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงจำนวนประชากรวัยแรงงานที่จะสามารถให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คนได้ ซึ่งผลจากการสำรวจพบว่าอัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2537 อัตราส่วนเกื้อหนุนเท่ากับ 9.3 ลดลงเป็น 3.3 ในปี 2564 นั่นคือ ในปี 2564 ผู้สูงอายุ 1 คนมีประชากรวัยทำงานที่ให้การเกื้อหนุนเพียงประมาณ 3 คนเท่านั้น⁽²⁾ ปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 พ.ศ. 2566-2580 โดยแผนระยะที่ 3 มีวิสัยทัศน์ คือ “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม” จากการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 มีข้อกังวลว่าผู้สูงอายุจะได้รับผลกระทบมาก และกระทบถึงอายุขัยประชากร (Life expectancy) กับโครงสร้างประชากรโลก⁽³⁾ และในขณะที่ภาวการณ์พึ่งพิงสัมพันธ์กับช่วงอายุของผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต เป็นประเด็นวาระแห่งชาติที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวซึ่งมีอัตราที่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2563 นี้มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวถึง 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11⁽⁴⁾

ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียวต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสุข จำเป็นต้องมีการพึ่งพิงในหลายมิติเพิ่มขึ้นตั้งแต่ระดับกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน สุขภาพส่วนบุคคลโดยใช้ตัวชี้วัด Barthel activities of daily living (ADL) เช่น การแต่งตัว การกลืนปัสสาวะ เป็นต้น จนกระทั่งถึงการพึ่งพิงด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รายได้ทางเศรษฐกิจ สังคม จากครอบครัว ญาติพี่น้อง ชุมชน ท้องถิ่นตลอดจนหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนร่วมในการดูแล และพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นกลุ่มพึ่งพิงทางสังคมอย่างยาวนาน ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนกับสังคมที่ก้าวเข้าสู่ประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุซึ่งนอกจากจะต้องเผชิญกับกระบวนการสูงอายุมียังมีความเปราะบางในตนเองจากการมีพลังชีวิตที่ลดลงด้วยปัจจัยทั้งภายในและภายนอกกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 26 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว “ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา” ถือเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวโดยไม่มียุทธศาสตร์ดูแล ทำให้มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ⁽⁶⁾

ถึงแม้ว่าการอยู่ลำพังเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ท่ามกลางสังคมผู้สูงอายุในยุคสมัยใหม่ ที่สะท้อนถึงปรากฏการณ์ทางสังคมที่ได้รับผลกระทบจากพลวัตทางสังคมและเศรษฐกิจระดับโลก แต่การพึ่งพาตนเองได้

อย่างอิสระ (Independent living) นั้นก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) และดำรงอย่างมีศักดิ์ศรี (Prestige) ดังนั้น จึงเป็นประเด็นคำถามที่สำคัญว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยตามลำพังเหล่านี้ มีแนวคิดทัศนคติ ปัญหา รูปแบบในการจัดการชีวิต และภาวะพึงพิงเพื่อความสุขได้อย่างไร ซึ่งเป็นการนำองค์ความรู้ ไปพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้สูงอายุที่พักอาศัยตามลำพัง ให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในระดับชุมชนท้องถิ่น และพัฒนาการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ทัศนคติ และปัญหาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยมีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ตามลำพัง ตั้งแต่ 1 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) รวมจำนวน 10 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออกดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และพักอาศัยตามลำพังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 2) มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ ไม่เคยมีประวัติปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคสมองเสื่อม และยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง
- 2) ไม่ยินยอมเปิดเผย หรือ อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามข้อมูลทั่วไปทางประชากรศาสตร์ จำนวน 10 ข้อ เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระยะเวลาในการพักอาศัยตามลำพัง เป็นต้น และประเด็นข้อคำถามหลัก รวมจำนวน 10 ข้อ เช่น แนวคิดสำคัญ หรือ ทัศนคติ อย่างไรในการพักอาศัยอยู่ตามลำพัง มีปัญหาอุปสรรคในการอยู่ตามลำพังหรือไม่ อย่างไร

2. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้สูงอายุจำนวน 10 ข้อ⁽⁷⁾ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การประเมินกิจวัตรประจำวัน

การประเมินกิจวัตรประจำวัน
1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
0 - ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้
1 - ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้/ตักเป็นชิ้นเล็กๆ ให้
2 - ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
0 - ต้องการความช่วยเหลือ
1 - ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
0 - ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้ 2 คนช่วยกันยกขึ้น
1 - ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน/ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
2 - ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ช่วยพยุงเล็กน้อย/ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
3 - ทำได้เอง
4. การใช้ห้องน้ำ
0 - ช่วยตัวเองไม่ได้
1 - ทำเองได้บ้างต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2 - ช่วยเหลือตัวเองได้ดี
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
0 - เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1 - ใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) เข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2 - เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง
3 - เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. การสวมใส่เสื้อผ้า
0 - ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
1 - ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2 - ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป ใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

ตารางที่ 1 (ต่อ) การประเมินกิจวัตรประจำวัน

การประเมินกิจวัตรประจำวัน	
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	
0 - ไม่สามารถทำได้	
1 - ต้องการคนช่วย	
2 - ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้น-ลงได้ด้วย)	
8. การอาบน้ำ	
0 - ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	
1 - อาบน้ำได้เอง	
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	
0 - กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	
1 - กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	
2 - กลั้นได้เป็นปกติ	
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	
0 - กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้	
1 - กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)	
2 - กลั้นได้เป็นปกติ	

ผลการประเมินคะแนนรวม ADL 20 คะแนน กำหนดการแปลผล 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพา โดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะการพึ่งพา ซึ่งเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ฉบับ นี้ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความสอดคล้อง (Item objective congruence index: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ด้านการบริหาร เพื่อการพัฒนาสุขภาพ และด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์ จัดระเบียบข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล แสดงข้อมูลประเด็นหลักที่สำคัญ สร้างข้อสรุปอย่างชัดเจน การตีความ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีแบบสามเส้า (Data triangulate) โดยคณะนักวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ HE-150-2565 (31 ส.ค. 2565-30 ส.ค. 2566) ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยกับหน่วยงานเทศบาล ประชานชุมชน/ ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยได้กำหนดการนัดหมายช่วงเวลาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ รายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมแจกเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร อธิบายการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยรายชื่อมีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัยและมีการทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ความเสี่ยงและมีการป้องกัน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ อาสาสมัครผู้สูงอายุสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ทุกช่วงเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ผู้วิจัย รับทราบข้อมูลและสมัครใจลงนามในเอกสารยินยอม

ผลการวิจัย

1. แนวคิดทัศนคติและปัญหาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

จากข้อมูลผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวน 10 คน พบว่า มีอายุตั้งแต่ 64-92 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 70-78 ปี จำนวน 6 คน รองลงมา คือ อายุ 80 ปี จำนวน 2 คน อายุ 64 ปี และ 92 ปี (เพศชาย) จำนวนเท่ากัน 1 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหม้าย ระยะเวลาที่พักอาศัยอยู่ลำพัง ตั้งแต่ 4-70 ปี มีบ้านเป็นของตนเอง รองลงมาคือ บ้านของญาติพี่น้อง และโครงการบ้านทอถิ่นไทยเกิดให้อาศัย 80 พรรษา มีสัดส่วนเท่ากัน บ้านเช่า และบ้านนายจ้าง ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 700-5,700 บาท/เดือน มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ เบาหวาน ไทรอยด์ ภาวะอาหาร กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดหลัง รวมถึงข้อจำกัดของร่างกาย นอกจากนี้ ผลการประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ของผู้สูงอายุทุกคนอยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.8) สามารถช่วยเหลือตนเองตามปกติในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังทั้งหมดมีแนวคิดทัศนคติเชิงบวกของความสุขในประเด็นอิสระเสรี (Freedom) 3 มิติ ได้แก่ บุคคล เพราะปราศจากปัญหาที่มาจากสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อการรับรู้อารมณ์เชิงลบความทุกข์ใจ ความเครียด (Stress) ความเหน็ดเหนื่อยจากภาระผูกพันที่ต้องร่วมรับผิดชอบดูแลและอื่นๆ เช่น ภาระหนี้สินครัวเรือน ความขัดแย้งในครอบครัว การเจ็บป่วยต่างๆ **ความคิดและการตัดสินใจ** ด้วยวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ จัดอยู่ภายใต้อำนาจความคิด (Cognition) แห่งตนเป็นหลักจึงทำให้มีความเป็นอิสระทางความคิด การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ โดยไม่ถูกขัดขวางหรือปิดกั้นจากบุคคลอื่น นับว่าช่วยสร้างความพึงพอใจอย่างสูงสุด ส่งผลให้มีความรู้สึกสุขสงบทางจิตใจอย่างยิ่ง และ **เวลา** ทั้งนี้อยู่มาขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุเป็นผู้กำหนดควบคุมช่วงเวลาทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ไม่อยู่ภายใต้ความกดดัน (Pressure) ต่างๆ โดยมุ่งเน้นการพึ่งพิงตนให้มากที่สุด ความเป็นอิสระเสรีนี้มีอำนาจอันยิ่งใหญ่ซึ่งสะท้อนถึงความสุขที่แท้จริง และแสดงออกจุดยืนพลังสุขภาพจิต (Resilience quotient: RQ) ที่เข้มแข็งของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน พลังสุขภาพจิตยังเป็นพลังชีวิตที่ช่วยให้คนเราเอาชนะอุปสรรคและชะตากรรมชีวิตได้ จนอาจนำไปสู่การประสบความสำเร็จในชีวิต ด้วยว่าเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น หลังจาก

ที่ความทุกข์ใจบีบคั้นจนในที่สุด ได้ค้นพบศักยภาพที่แท้จริงภายในของตนเอง⁽⁸⁾ ดังคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง “อิสระดี บ่มีปัญหาอะหยั่งสบายๆ ไม่ห่วงใย หาเอง กินเอง สบายใจ จะทำอะไรกิน ไม่มีใครคอยเรียกร้อง จะไปไหนไปได้ ชีวิตดีทุกวัน ไม่เจียบเหมา มีวิทยุ 2 เครื่อง สบายๆ ดี ทำให้แข็งแรง ไม่เจ็บไม่ป่วย อยู่ไปเรื่อยๆ นะกะไม่คิดอะไร ไม่เครียดอะไรซักอย่าง หากิน ใปงาน ใปวัด ทำคนเดียว สบายๆ”

ปัญหาของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตลำพัง ได้แก่

1) **ปัญหารายได้** คือ ปัญหาสำคัญของชีวิตที่ผู้สูงอายุที่พักอาศัยลำพังแต่ละบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดทางด้านรายได้ทุนเศรษฐกิจ เช่น บ้านพักอาศัย ทุนทรัพย์สินส่วนบุคคล ทุนอาชีพ ทุนระบบครอบครัว และเครือข่ายที่ช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่ายดูแลแตกต่างกัน จึงมีผลต่อความสุขและภาวะพึ่งพิงในระดับมากน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้สูงอายุหลายคนมีบุตรหลาน ญาติส่งเงินรายได้เป็นประจำทุกเดือนหรือครั้งคราว แต่บางคนต้องต่อสู้ดิ้นรนตามลำพัง โดยไม่ค่อยได้รับความช่วยเหลือหรือใส่ใจแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุทั้งหมดทุกคนมีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพที่พอจะแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตได้ในระดับหนึ่ง การทำงานและ อสม.เพื่อให้มีรายได้จุนเจือเพิ่มเติม

2) **ปัญหาการสัญจร** จากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีความเสื่อมถอยในทุกระบบ แต่ยังมี ความปรารถนาปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามวัย ซึ่งต้องอาศัยการเดินทางด้วยยานพาหนะต่างๆ เพื่อบรรลุมัตถุประสงค์ หากระยะทางไกลๆ ก็ใช้จักรยาน หรือมอเตอร์ไซด์ ในกรณีที่ระยะทางไกล ผนวกกับสภาพการจราจรที่มีปริมาณรถหนาแน่น ความเหนื่อยล้าอ่อนแรง สมรรถภาพการมองเห็น การได้ยิน ประสิทธิภาพการรู้คิดของสมอง อุณหภูมิอากาศที่ร้อนจัดเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุได้ง่าย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยรถโดยสารสาธารณะ รถพ่วงสามล้อบริการ บุคคลในครอบครัวที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ด้วยกัน ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่พระภิกษุสงฆ์ช่วยนำพาไปส่งยังสถานที่ต่างๆ

3) **ปัญหาวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับไม่ตื่น** เนื่องจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ลำพังไม่มีสมาชิกครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด จึงมีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับไม่ตื่น การพลัดพรางจากสิ่งที่รักเพราะอาจเกิดการเสียชีวิตได้

4) **ปัญหาการเจ็บป่วยภาวะฉุกเฉิน** สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงเวลาซึ่งผู้สูงอายุที่พักอาศัยลำพังมีปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น เป็นลม หมดสติ การหกล้ม ขาดความปลอดภัยในชีวิต เมื่อเจ็บป่วยกะทันหัน ต้องได้รับการปฐมพยาบาลโดยทันที หากไม่มีใครพบเห็น หรือพบเห็นล่าช้าอาจนำไปสู่การการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิต

2. รูปแบบการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

2.1 ด้านชีวิตประจำวัน



ภาพที่ 1 บ้านของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังสนับสนุนโดยโครงการบ้านทอถิ่นไทยเทิดไถ่องค์ราชัน 80 พรรษา ซึ่งจะมีพื้นที่ใช้สอยเป็นห้องนอน ห้องพักผ่อน ห้องน้ำ พื้นที่นั่งเล่นบริเวณหน้าบ้านพัก ออกกำลังกายกลางแจ้ง และมีครัวญาติพี่น้องร่วมดูแลเป็นประจำทุกวัน

ในปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ตามลำพังส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (ผู้สูงอายุตอนกลาง) (อายุ 70-78 ปี) รองลงมาคือ กลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือ (ผู้สูงอายุตอนปลาย) และกลุ่มที่มีศักยภาพ (ผู้สูงอายุตอนต้น) ทุกคนสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบประเพณีกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา ซึ่งต่างมีการกิจตามวิถีชีวิตของตนที่เคยปฏิบัติมาโดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีการกิจหน้าที่หลัก เช่น อสม. ประกอบอาชีพค้าขาย นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ไปปฏิบัติธรรม ทุกเดือน และกลุ่มไม่มีการกิจหน้าที่หลักซึ่งก็จะมีรูปแบบวิถีชีวิตแตกต่างกัน ส่วนชีวิตประจำวันของบุคคลด้านอื่นๆ ย่อมขึ้นอยู่กับอุปนิสัย วิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้สูงอายุ ตัวอย่าง พฤติกรรมบริโภคอาหารเช้า บางคนนิยมบริโภคกาแฟ เน้นอาหารมื้อกลางวัน และมื้อเย็น หรือ บางคนออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นประจำ เป็นต้น

2.2 ด้านสุขภาพกาย เนื่องจากการมีสุขภาพกายไม่ต่ำกว่า 3 โรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องจัดการชีวิต และพึ่งพิงปรับตัวตามสภาวะ และปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อดูแลสุขภาพตน (Self-care) เพิ่มขึ้น ด้วยการปฏิบัติตนโดยทั่วไปเพื่อป้องกัน รักษา และควบคุมประกอบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80-92 ปี จำเป็นต้องใช้กายอุปกรณ์ช่วยพยุงการเคลื่อนไหวทรงตัว การใช้จักรยาน 3 ล้อ และการจัดกล่อมยาโรคประจำตัวไว้โดยเฉพาะ ที่สำคัญที่สุดคือ การพึ่งพิงระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เช่น ไปพบแพทย์ตรวจสุขภาพ การดูแลตนเองอย่างเต็มศักยภาพของผู้สูงอายุนี้ แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ของ Orem อธิบายไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิการของตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบขั้นตอนเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของชีวิตดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ประเภทความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลไว้ 3 ประการ คือ 1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) 2) ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care) 3) ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care)⁽⁹⁾ ตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้สูงอายุดังนี้ “อย่างแม่นี่นะ มีโรคนี้ๆ ข้างกล่อมเนื้ออ่อนแรง ภูมิแพ้ เขาก็จะเตรียมกล่อมยาไว้เวลาที่เขาใจไม่ดี จะได้ใช้ทันที ทุกวันนี้

ก็ปั่นรถถีบ ออกไปแอ่ว ไปสุระ ออกกำลังกายที่ลานกีฬาหมู่บ้าน มีอุปกรณ์หลายอย่าง หลานก็ทำงานไกล แต่ก็ส่งเงินมาให้ใช้ทุกเดือน”



ภาพที่ 2 การจัดเตรียมกล่องยาประจำตัว การใช้วอล์คเกอร์ (Walker) และใช้จักรยาน 3 ล้อของผู้สูงอายุที่อยู่นคนเดียวอายุ 80 ปี จำนวน 2 คน ในการจัดการชีวิตและพึงพิงตนด้านสุขภาพ

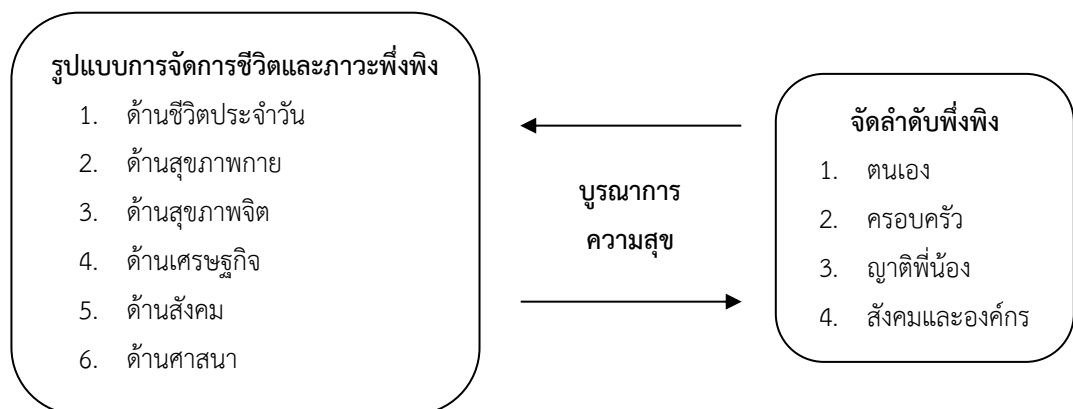
2.3 ด้านสุขภาพจิต อารมณ์เชิงลบ เช่น เหงาว่าเหว่ เครียด วิตกกังวล เศร้า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายในผู้สูงอายุที่พักอาศัยลำพังภายใต้กรอบคิดที่ทำให้เกิดการยึดติด (Attachment) โดยผู้สูงอายุมักเกิดอารมณ์เหงาเมื่ออยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 92.6⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็พยายามปรับตัวจัดการกับอารมณ์ต่างๆ เหล่านี้ที่มากกระทบจิตใจด้วยการมองโลกในแง่ดี (Optimism) ทำจิตใจให้ร่าเริง ไม่เครียด แสวงหากิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึก เช่น การปั่นจักรยาน การทำสวน เลี้ยงสัตว์ เข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ฯลฯ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ดังที่ WHO ระบุว่า สุขภาพจิต คือ “สภาพสุขภาพที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้”⁽¹¹⁾

2.4 ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีฐานะรายได้เศรษฐกิจเหลื่อมล้ำกัน ส่วนใหญ่จะมีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเองโดยสมบูรณ์ ยกเว้น 2 คนที่ทางราชการสร้างบ้านพักอาศัยให้ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในเกณฑ์ระดับน้อยในแต่ละบุคคลซึ่งจะมีผลต่อภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ ทั้งนี้แหล่งที่มาของรายได้จากการประกอบอาชีพค้าขาย อสม. การสนับสนุนจากบุตรหลาน ญาติ (ประจำ/ครั้งคราว) ตลอดจนเบี้ยยังชีพ ซึ่งมีผลกระทบต่อความมั่นคงชีวิตและความสุขแตกต่างกัน ดังคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ “เรื่องสตาางคนี้ลำบากขนาด อย่างบ้านี้ ลูกอยู่ต่างจังหวัด เขาก็มีภาระของเขาไม่ค่อยส่งเงินมาให้ใช้ นานๆ ทีจะได้ ก็มีแต่เบี้ยยังชีพ และรายได้จาก อสม.เท่านั้น ข้ามีบ้าน อยู่บ้านติดใต้ที่ราชการสร้างให้ ทุกวันนี้บ่พอก็ต้องจำกัดเรื่องใช้จ่าย”

2.5 ด้านสังคม คือ อีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้สูงอายุให้มีความสุขได้ โดยสร้างเครือข่ายกลุ่มทางสังคม เพื่อนร่วมวัย โรงเรียนผู้สูงอายุ และร่วมกิจกรรมสังคมชุมชนตามทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีมิตรภาพที่ดี ช่วยเหลือพึ่งพาต่อกัน การเยี่ยมบ้านที่สัมพันธ์กับบุคลิกภาพแบบเปิดเผย (Extrovert) ชอบออกสังคมของผู้สูงอายุ และข้อจำกัดชีวิตโดยผู้สูงอายุที่ยังคงมีสมรรถภาพทางร่างกาย (Physical fitness) ที่แข็งแรงก็จะมี การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้สูงอายุบางคนที่มีข้อจำกัดในด้านนี้ ก็จะดำเนินชีวิตอยู่ในเขตบ้านพักอาศัยมากกว่า ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎี

การปรับตัวของ Roy อธิบายว่า การปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งกัน (Interdependence) เป็นการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่มีความต้องการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้ความรัก การได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลอื่น การให้ความเคารพและเห็นคุณค่าของบุคคลอื่นรวมทั้งการยอมรับและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรัก การปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอึดเอมใจ การปรับตัวด้านการพึ่งพาประกอบด้วยสัมพันธ์ภาพ 2 แบบ คือ 1) สัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิด (Significant others) เป็นบุคคลมีความสำคัญต่อตนเองมากที่สุด เช่น บิดามารดา สามี 2) สัมพันธ์ภาพกับระบบสนับสนุน (Supportive system) เป็นบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องและพึ่งพาซึ่งกันและกัน เช่น ญาติพี่น้อง หัวหน้างาน ความต้องการพื้นฐานของการปรับตัวด้านนี้ คือการได้รับความรักอย่างเพียงพอก่อให้เกิดความมั่นคงในความสัมพันธ์⁽¹²⁾

2.6 ด้านศาสนา พุทธศาสนาเป็นที่พึ่งพิงสุดท้ายของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ตามลำพัง ให้มีวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความสุขสงบ มีสติอยู่กับปัจจุบัน ปลดปล่อยชีวิตมากขึ้น เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาจิตวิญญาณ ซึ่งผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาวัฒนธรรมประเพณีในเขตชุมชน อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังค้นพบเพิ่มเติมว่า รูปแบบการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ทั้งหมด 6 ด้าน จัดอยู่ภายใต้มิติบูรณาการ 4 ส่วนร่วมกันระหว่างการพึ่งพิงตนเองเป็นหลัก ครอบครัว เครือญาติพี่น้อง และสังคม และองค์กร ซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการช่วยสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมวัย อสม. รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ดังภาพข้างล่าง



ภาพที่ 3 รูปแบบการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงทั้ง 6 ด้านของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังบูรณาการความสุขรวมกับการพึ่งพิงทั้งหมด 4 ด้าน

การอภิปรายผล

แนวคิดทัศนคติเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง พบว่า มีประเด็นความเป็นอิสระเสรีในมิติของบุคคล ความคิดและการตัดสินใจ และเวลาซึ่งเป็นข้อดีที่ผู้สูงอายุมีความคิดเชิงมนทัศน์ทางบวกและการมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง ยึดหยุ่นจิต ผู้สูงอายุได้แสดงออกความเป็นอิสระเสรีในการดำเนินชีวิตตามรูปแบบที่ตนต้องการก็สามารถทำให้เกิดความสุขสบาย สุขสงบได้โดยไม่ต้องตกอยู่ภายใต้แรงกดดันจากบริบทแวดล้อมภายในครอบครัวและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพราะการมีชีวิตเป็นอิสระเสรีตามอุดมคติชีวิต คือความมีอิสรภาพในการใช้ชีวิตตามที่ตนเองได้ออกแบบหรือเลือก⁽¹³⁾ เป็นกลไกธรรมชาติของพฤติกรรมมนุษย์ที่ทุกคนแสวงหาถึงแม้ว่าในการดำเนินชีวิตมนุษย์ ต้องปฏิบัติตามการควบคุมจากกรอบบรรทัดฐานกฎระเบียบบังคับ และต้องพึงพิงอาศัยระหว่างกันในกลุ่มมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ จะช่วยเสริมสร้างความรู้สึทางบวก ซึ่งความรู้สึกทางบวกนี้จะทำให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข มีเกียรติ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สามารถทำคุณประโยชน์ และขับเคลื่อนชุมชนในฐานะผู้มีประสบการณ์ ท้ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุค Thailand 4.0 ได้อย่างยั่งยืน⁽¹⁴⁾ ก็สามารถกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดีได้

อย่างไรก็ตามการอยู่ตามลำพังก็ประสบกับปัญหาอุปสรรคได้เช่นกันโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านรายได้ การสัญจร ความวิตกกังวลการนอนหลับไม่ตื่น และการเจ็บป่วยภาวะฉุกเฉินที่ต้องการดูแลปฐมพยาบาลโดยเร่งด่วน ส่งผลกระทบกับความสุขความไม่มั่นคงทางจิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวม เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีปัญหาความต้องการการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและเพียงพอ สุขอนามัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพ บริการรถรับส่งไปรักษาเมื่อเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายและรายได้ที่เพียงพอ⁽¹⁵⁾

รูปแบบการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงจำนวน 6 ด้านของผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่า 1) ด้านชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานตามเกณฑ์แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) อยู่ในระดับไม่เป็นการพึ่งพา สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทั้งนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุปฏิบัติโดยไม่ต้องการอุปกรณ์หรือผู้ช่วยเหลือ ในภาพรวมร้อยละ 29.4 ของผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำกัดอย่างน้อย 1 กิจกรรม การกลั้นปัสสาวะ (ร้อยละ 17.4) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (ร้อยละ 16.4) คือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดมากที่สุด⁽¹⁶⁾ 2) ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพไม่ต่ำกว่า 3 โรคโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 80 ปีขึ้นไป ต้องพึ่งพิงกายอุปกรณ์ช่วยพยุงการเคลื่อนไหวทรงตัว และระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรคที่พบมาก 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง เบาหวานและกระดูกหัก คิดเป็น ร้อยละ 36.3, 26.8, 15.2, 6.8 และ 2.5 ตามลำดับการประเมินด้วย TAI พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม I ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 79.9 กลุ่ม C ซึ่งเป็นกลุ่มที่ปัญหาเรื่องสับสน ร้อยละ 10.1 และกลุ่ม Border ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาต้องช่วยเหลือด้านการใช้ห้องสุขาและการรับประทานอาหาร ร้อยละ 10.0⁽¹⁷⁾ 3) ด้านสุขภาพจิต มีอารมณ์เหงาในบางครั้ง

แต่พยายามมองโลกในแง่ดี และแสวงหากิจกรรมเพื่อสร้างความสุขทางใจ สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี จะสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตของตนและเสริมสร้างความผาสุกทางใจได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางใจ ($r=0.457$, $p<0.001$)⁽¹⁸⁾

4) ด้านเศรษฐกิจ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเส้นความยากจน (Poverty line) ของประเทศ ซึ่งไม่เพียงพอต่อภาระค่าใช้จ่ายจำเป็นต้องพึ่งพิงระบบครอบครัวและเครือญาติพี่น้องซึ่งมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ผลการวิจัยยังพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปจะเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากประมาณ 13,000 บาทในช่วงอายุ 60-64 ปี เหลือประมาณหรือต่ำกว่า 10,000 บาทในช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป⁽¹⁹⁾ 5) ด้านสังคม คือ วิธีการแสวงหาความสุขจากภายนอกก่อให้เกิดมิตรภาพที่ยั่งยืน การช่วยเหลือพึ่งพากันที่สัมพันธ์กับบุคลิกภาพแบบเปิดเผยของผู้สูงอายุ และ 6) ด้านศาสนา เป็นที่พึ่งพิงของการสร้างพลังใจ (Will power) ในช่วงบั้นปลายชีวิตซึ่งผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในวัฒนธรรมประเพณีต่างๆ อย่างไรก็ตาม รูปแบบทั้งหมด 6 ด้าน บุรณาการเชื่อมโยงกับการพึ่งพิงตนเองเป็นหลัก ครอบครัว ญาติพี่น้อง สังคมและองค์กรเป็นแนวทางการมีส่วนร่วมของพลังทางสังคมซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อความสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนจำแนกได้ 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบธรรมชาติ ที่มาจากกลุ่มคนดูแลในครัวเรือนเดียวกัน 2) รูปแบบทางการที่มาจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และ 3) รูปแบบกึ่งทางการที่มาจากกลุ่มอาสาสมัคร⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. สร้างพลังทางสังคมให้เข้มแข็งโดยอาศัยการจัดตั้งระบบเครือข่ายเพื่อนบ้าน (Neighbor network) หน่วยจิตอาสา (Volunteer unit) ในชุมชน และหน่วยงานภาครัฐให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังท่ามกลางสถานการณ์ทั่วไปและภาวะฉุกเฉินที่ต้องการความช่วยเหลือโดยเฉพาะ
2. ภาครัฐในเขตพื้นที่ควรกำหนดนโยบายเฉพาะกิจในจัดตั้งกองทุนพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นเป้าประสงค์หลักเพื่อสร้างระบบการดูแลแบบระยะยาว (Long-term care: LTC) ในมิติสวัสดิการขั้นพื้นฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ประชากรผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นของประเทศ
3. หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย ตลอดจนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคธุรกิจเอกชนร่วมให้การสนับสนุน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรศึกษารูปแบบการพึ่งพิงที่มีระบบความเป็นมาตรฐานในชุมชนแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและแนวทางการพัฒนาส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพภายใต้รูปแบบของวิสาหกิจชุมชนเพื่อให้เกิดการพึ่งพิงตนเองอย่างยั่งยืน
2. ศึกษาปัญหาสุขภาพจิต แนวทางการส่งเสริมป้องกันด้านอารมณ์ซึมเศร้า (Depression) ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ลำพัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอย่างสูง คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เทศบาลเมืองแม่โจ้ เทศบาลตำบลป่าไผ่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ประธานชุมชน/ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังทุกท่าน ผศ.ดร. หนึ่งหทัย ชัยอากร พระอธิการนิธิตโร นิตโร เจ้าอาวาสวัดป่าเหมือด ตลอดจนบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สภาพัฒน์คาดอีก 20 ปี ไทยจะมีผู้สูงอายุพุ่งถึง 31 เปอร์เซ็นต์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 18]; เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39327>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติและกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. ม.ป.ท.; 2565.
3. ศุภสิทธิ์ พรธนาโรนทัย. วาระผู้สูงอายุ กับ วาระวิจัยระบบสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 18]; เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5785?show=full>
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). มส.ผส.เปิดรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยฉบับล่าสุด เผยโควิด -19 ทำผู้สูงอายุรายได้น้อยมีผลกระทบมากที่สุด. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 18]; เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39818>
5. กันนิษฐา มาเห็ม, ปิยนุช ภิญโญ, รัชณี พจนา, ภาสินี ไทอินทร์, พัฒน์ ศรีโอษฐ์. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย : การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38(2):138-47.
6. ไทยรัฐ. สังคมไทยเปลี่ยนไปคนแก่อยู่ตามลำพังมากขึ้นแล้วใครจะดูแลยามป่วยไข้. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 18]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2613315>
7. โรงพยาบาลปากพนัง. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living : ADL). [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 17]; เข้าถึงได้จาก: http://www.pknhospital.com/2019/data/starRPST/homecare/cpsos_star62_05.pdf
8. โสพรรณ อินทสิทธิ์, สิริกุล จุลศิริ, บรรณาธิการ. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: resilience quotient. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
9. Orem DE. Nursing concepts of practice. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
10. มธุรส สว่างบำรุง. อารมณ์เหงากับพฤติกรรมทางทอ้งเทียของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2562; 33(1):36-52.
11. WHO. Strengthening mental health promotion. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, No.220); 2001.

12. Roy SC, Andrews HA. The Roy adaptation model : the definitive statement. California: Appleton & Lange; 1999.
13. โกเมนทร์ ชินวงศ์. อีสรภาพชีวิตคืออุดมคติชีวิต. วารสารสิทธิมนุษยชน. 2565;23(2):1-13.
14. จิตติยา สมบัติบุรณ์, นุชนาถ ประกาศ, บุศริน เอี้ยวสีหยก. ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562;30(2): 219-28.
15. กมลภู ถนอมสัถย์. การดำเนินชีวิต ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(1):1-12.
16. อลงกรณ์ เปกาณี, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย: ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. วารสารสุศึกษา. 2564;44(1):49-57.
17. บุษบา แพงบุปผา, ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. การประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software care plan. [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 17]; เข้าถึงได้จาก: https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20190828143821_656/20190828144009_4062.pdf
18. ภาคิน บุญพิชาชาญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, เดชา ทำดี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(1):186-97.
19. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กางสถิติพบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปยังทำงานอยู่กว่าร้อยละ 34 มส.ผส.ร่วมกับภาควิชาเตรียมจัดเวที หาทางออก 21 ส.ค.นี้. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 17]; เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=39148>
20. ขวลิต สวัสดิ์ผล, วารี ศรีสุพล. การพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสาร มจร บาลีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์. 2565;8(1):43-56.

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครราชสีมาด้วยทฤษฎีระบบเกรย์

ผุสดี ชูชีพ*, วัฒนา ชยธวัช**^a

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา ใน 11 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2566 มีถึง 197,889 คน การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานปีงบประมาณ 2566 จะทำให้สามารถประเมินความแม่นยำของตัวแบบได้ และนำไปใช้ในการบริหารจัดการด้านการสาธารณสุขของจังหวัดในอนาคต ทฤษฎีระบบเกรย์ (ทฤษฎีระบบสีเทา) ตัวแบบ GM(1,1) ได้ถูกนำมาใช้ในการพยากรณ์นี้ เนื่องจากข้อมูลในอดีต 10 ปี มีรูปแบบเพิ่มขึ้นทุกปี ผลปรากฏว่า ตัวแบบ GM(1,1) พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ 2566 ว่ามี 202,063 คน โดยมีค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ความผิดพลาดสัมบูรณ์เพียงร้อยละ 0.91 ค่าพยากรณ์นี้เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 7.23 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มอยู่ในระดับเดียวกับปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ที่เพิ่มพื้นที่จากปีก่อนหน้าร้อยละ 7.80 และ 7.00 ตามลำดับ ความแม่นยำของตัวแบบ GM(1,1) สามารถทดสอบได้จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมาซึ่งจะมีรายงานออกมาประมาณเดือนพฤศจิกายน 2566 นี้

คำสำคัญ: การพยากรณ์; ทฤษฎีระบบเกรย์; นครราชสีมา; โรคเบาหวาน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

^a Corresponding author: วัฒนา ชยธวัช Email: vadhana.j@ptu.ac.th

รับบทความ: 29 ส.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 17 ก.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 18 ก.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 ต.ค. 66

Predicting the Numbers of Diabetes Cases in Nakhon Ratchasima Province using Grey System Theory

Pusadee Choocheep*, Vadhana Jayathavaj**^a

Abstract

Diabetes patients in Nakhon Ratchasima province in the first 11 months of the fiscal year 2023 reached 197,889 people. Forecasting the number of diabetes patients by the fiscal year 2023 will make it possible to assess the accuracy of the model and apply it to the public health management of the province in the future. Grey system theory (grey color), the GM(1,1) model was used for the forecasting because the past 10 years of data show monotonic increasing pattern. The result showed that the model GM(1,1) predicted the number of diabetes patients in fiscal year 2023 at 202,063 with a mean absolute error percentage of 0.91%. The increase rate of 7.23 percent from fiscal year 2022 is at the same level as fiscal years 2021 and 2022, increasing from the previous year by 7.80 percent and 7.00 percent, respectively. The accuracy of the model GM(1,1) can be verified from the data on the number of diabetic patients in Nakhon Ratchasima province, which will be reported around November 2023.

Keywords: Prediction; Grey System Theory; Nakhon Ratchasima; Diabetes

* Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Instructor, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

^a Corresponding author: Vadhana Jayathavaj Email: vadhana.j@ptu.ac.th

Received: Aug. 29, 23; Revised: Sep. 17, 23; Accepted: Sep. 18, 23; Published Online: Oct. 23, 23

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมถึงเป็นแผลงายหายยาก ขาปลายมือปลายเท้า สำหรับการป้องกันโรคเบาหวานควรปฏิบัติ 1) เลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม 2) ควรออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง 3) ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน 4) ไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ 5) ตรวจสุขภาพประจำปี หากอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจสุขภาพทุกปี⁽¹⁾

โรคเบาหวาน (E10-E14) ตามบัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่มที่ 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ และ Thai Health Coding Center⁽³⁾ ประกอบไปด้วย E10 เบาหวานแบบที่ 1 (Type I diabetes mellitus, Insulin-dependent diabetes mellitus) E11 เบาหวานแบบที่ 2 (Type II diabetes mellitus, Non-insulin-dependent diabetes mellitus) E12 เบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition-related diabetes mellitus) E13 เบาหวานชนิดที่ระบุรายละเอียด (Other specified diabetes mellitus) และ E14 เบาหวานชนิดที่ไม่ระบุรายละเอียด (Unspecified diabetes mellitus)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและจำนวนผู้เสียชีวิตของจังหวัดนครราชสีมา

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย	เพิ่มร้อยละ	จำนวนผู้เสียชีวิต	ผู้เสียชีวิตร้อยละ	วันที่ประมวลผล
2556	-	-	-	-	ไม่มีข้อมูล
2557	115,403	-	12,447	10.79	22 กุมภาพันธ์ 2559
2558	115,443	0.03	12,352	10.70	21 กุมภาพันธ์ 2559
2559	123,187	6.71	3,598	2.92	29 กันยายน 2559
2560	136,359	10.69	3,160	2.32	17 พฤศจิกายน 2560
2561	145,683	6.84	3,169	2.18	15 พฤศจิกายน 2561
2562	154,244	5.88	3,466	2.25	7 พฤศจิกายน 2562
2563	163,370	5.92	3,915	2.40	17 พฤศจิกายน 2563
2564	176,109	7.80	4,573	2.60	14 พฤศจิกายน 2564
2565	188,440	7.00	4,638	2.46	8 พฤศจิกายน 2565
2566	197,889	5.01	3,633	1.84	22 สิงหาคม 2566

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา⁽⁴⁾

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา ตามข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา⁽⁴⁾ ซึ่งรวบรวมจากรหัส รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น E10-E14 ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่าอยู่ในระดับหลักแสนคน เริ่มจากปีงบประมาณ 2557 จำนวน 115,403 คน เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยปีต่อปีร้อยละ 5.65 โดยในปี 2564 และ 2565 เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.80 และ 7.00 ตามลำดับ ขณะที่ 11 เดือนของปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นแล้ว ร้อยละ 5.1 ผู้เสียชีวิตจากปี 2557 ถึง ปี 2566 ลดลงจากร้อยละ 10.79 เหลือร้อยละ 1.84

การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลโรค การบาดเจ็บและภัยหรือเหตุการณ์ทางสุขภาพตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลต่างๆ มาวิเคราะห์สังเคราะห์และดำเนินการทำนายค่าประมาณจำนวนหรือประเมินความเสี่ยงของการป่วย การบาดเจ็บ ภัยหรือเหตุการณ์ทางสุขภาพต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ณ หนึ่งเวลาหนึ่งในอนาคต โดยเนื้อหาหลักๆ ระบุว่าเกิดโรค การบาดเจ็บ และ/หรือภัยหรือความเสี่ยงทางสุขภาพอะไร ในปริมาณ หรือระดับความเสี่ยงมากน้อยอย่างไร เมื่อไร กับใคร พื้นที่ไหน และมีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยวิธีการศึกษาวิเคราะห์ที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำผลการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพไปใช้ประโยชน์ได้จริง⁽⁵⁾

ทฤษฎีระบบเกรย์

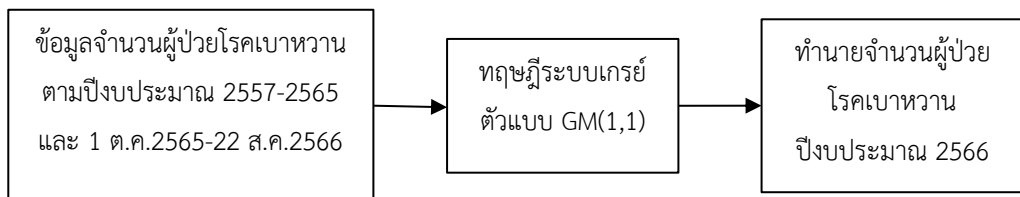
ทฤษฎีระบบเกรย์⁽⁶⁾ ใช้ในการพยากรณ์อนุกรมเวลา และสามารถใช้กับข้อมูลจำนวนน้อยที่สุดเพียง 4 คาบเวลาก็สามารถใช้ทำนายคาบเวลาที่ 5 ได้ ตัวแบบเริ่มต้นคือ GM(1,1) (first order grey model for one variable) ซึ่งจะเริ่มต้นจากการแปลงข้อมูลจริงที่ศึกษาเป็นข้อมูลสะสม แล้วใช้สมการถดถอยเชิงเส้นประมาณค่าคงที่และค่าความชัน จากนั้นทำนายค่าสะสมแล้วหักออกด้วยค่าสะสมที่ทำนายก่อนหน้านี้ ก็จะได้ค่าทำนายของแต่ละคาบเวลา ซึ่งกล่าวได้ว่าเหมาะสมกับข้อมูลอนุกรมเวลาที่มีจำนวนค่าสังเกตเพิ่มสูงขึ้นทุกปี การพิจารณาว่าตัวแบบการทำนายสามารถทำนายได้แม่นยำเพียงใดก็สามารถพิจารณาได้จากค่าทำนายที่เบี่ยงเบนไปจากค่าจริง หรือ ค่าสหสัมพันธ์ของค่าจริงกับค่าทำนาย มีการใช้ตัวแบบเกรย์ GM (1, 1) ในการทำนายแนวโน้มอุบัติการณ์ของไข้ไทฟอยด์และไข้รากสาดเทียมในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน⁽⁷⁾ การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคโปลิโอ⁽⁸⁾ การประยุกต์ใช้ตัวแบบ GM(1,1) ที่ปรับปรุงแล้ว ในการทำนายข้อมูลสุขภาพของมนุษย์⁽⁹⁾ และการทำนายระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังตอนกลางวันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2⁽¹⁰⁾ เป็นต้น

การพิจารณารูปแบบอนุกรมเวลาของข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่าเพิ่มขึ้นแล้วเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงแล้วกับเพิ่มขึ้นในอัตราที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามมีลักษณะเพิ่มขึ้นโดยตลอด (the monotonic increasing) จากการพิจารณาข้อมูลในเบื้องต้น การใช้ตัวแบบ GM(1,1) จึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมา แม้ว่าจะมีความพยายามปรับปรุงตัวแบบ GM(1,1) อยู่ตลอดมาก็ตาม⁽¹¹⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

ทำการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2566 ด้วยทฤษฎีระบบเกรย์ตัวแบบ GM(1,1)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา⁽⁴⁾ จาก HDC Report กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตามปีงบประมาณ (1 ตุลาคม ของปีก่อนหน้า ถึง 30 กันยายน ของปีงบประมาณ) ระหว่างปีงบประมาณ 2557 - 2566 เฉพาะปีงบประมาณ 2566 เป็นข้อมูล 1 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ประมวลผล 22 สิงหาคม 2566 รวมจำนวน 10 ปี ประกอบด้วยจำนวนผู้ป่วย จำนวนผู้เสียชีวิต ของรหัสโรค ICD-10 E10-E14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ทฤษฎีระบบเกรย์

การสร้างตัวแบบระบบเกรย์ (Grey Systems Modeling)

ตัวแบบระบบเกรย์ที่ใช้ในการศึกษา คือ ตัวแบบ GM(1,1) เป็นตัวแบบเริ่มต้น⁽⁶⁾ สัญลักษณ์ที่แสดงอยู่ในรูปของเวกเตอร์ (vector) และ เมตริก (matrix) ดังนี้

ค่าข้อมูลจริงจำนวน n ค่า จาก 1,2,3,...,n

$$X^{(0)} = (x^{(0)}(1), x^{(0)}(2), \dots, x^{(0)}(n)) \quad (1)$$

ค่าข้อมูลสะสมจำนวน n ค่า จาก 1,2,3,...,n

$$X^{(1)} = (x^{(1)}(1), x^{(1)}(2), \dots, x^{(1)}(n)) \quad (2)$$

ค่าข้อมูลสะสมรายการที่ k

$$x^{(1)}(k) = \sum_{i=1}^k x^{(0)}(i), k = 1, 2, \dots, n \quad (3)$$

ค่าข้อมูลสะสมเฉลี่ยกับรายการก่อนหน้า

$$Z^{(1)} = (z^{(1)}(2), z^{(1)}(3), \dots, z^{(1)}(n)) \quad (4)$$

ค่าข้อมูลสะสมเฉลี่ยกับรายการก่อนหน้ารายการที่ k

$$z^{(1)}(k) = \frac{1}{2} \left(x^{(1)}(k) + x^{(1)}(k-1) \right), k = 2, 3, \dots, n \quad (5)$$

M^T คือ เมทริกซ์ M ที่ทำการสลับตำแหน่งข้อมูลจากแถวเป็นสดมภ์และสดมภ์เป็นแถว

(Transpose) M^{-1} คือ เมทริกซ์ผกผัน (Inverse Matrix) ของเมทริกซ์ M

$$x^{(0)}(k) + az^{(1)}(k) = b \quad (6)$$

$$Y = \begin{bmatrix} x^{(0)}(2) \\ x^{(0)}(3) \\ \vdots \\ x^{(0)}(n) \end{bmatrix}, B = \begin{bmatrix} -z^{(1)}(2) & 1 \\ -z^{(1)}(3) & 1 \\ \vdots & 1 \\ -z^{(1)}(n) & 1 \end{bmatrix} \quad (7)$$

$$a = (B^T B)^{-1} B^T Y = [a \quad b]^T \quad (8)$$

สมการอนุพันธ์ของตัวแบบ GM(1,1)

$$\frac{dX^{(1)}}{dt} + ax^{(1)} = b \quad (9)$$

ค่าพยากรณ์สะสมรายการที่ $k+1$

$$x^{(1)}(k+1) = \left(x^{(0)}(1) - \frac{b}{a} \right) e^{ak} + \frac{b}{a} \quad (10)$$

ค่าพยากรณ์รายการที่ $k+1$

$$x^{(0)}(k+1) = (1 - e^a) \left(x^{(0)}(1) - \frac{b}{a} \right) e^{-ak}, k = 1, 2, \dots, n \quad (11)$$

ความแม่นยำของตัวแบบ

ค่าความแม่นยำของตัวแบบแสดงในสมการ (12) ถึง (15) ได้แก่ MAPE, RMSE, CC, และ CE⁽¹²⁾

ค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ความผิดพลาดสัมบูรณ์ (The Mean Absolute Percentage Error - MAPE)

$$MAPE = \left(\frac{1}{n-1} \sum_{k=1}^n \left| \frac{x(k) - x^{(0)}(k)}{x^{(0)}(k)} \right| \right) \times 100\% \quad (12)$$

รากที่สองของค่าเฉลี่ยความผิดพลาดกำลังสอง (The Root Mean Square Error - RMSE)

$$RMSE = \sqrt{\frac{\sum_{k=1}^n (x(k) - x^{(0)}(k))^2}{n-1}} \quad (13)$$

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใกล้เคียง (The Closer the Correlation Coefficient - CC) ค่า CC ใกล้ 1 มากเท่าใด ตัวแบบก็ทำการพยากรณ์ได้ดีมากเท่านั้น

$$CC = \frac{\sum_{k=2}^n (x^{(0)}(k) - \overline{x^{(0)}}(k))(x(k) - \bar{x}(k))}{\sqrt{\sum_{k=2}^n (x^{(0)}(k) - \overline{x^{(0)}}(k))^2 \sum_{k=2}^n (x(k) - \bar{x}(k))^2}} \quad (14)$$

ค่าประสิทธิภาพสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใกล้เคียง (The closer the coefficient of efficiency - CE) ค่า CC ใกล้ 1 มากเท่าใด ตัวแบบก็ทำการพยากรณ์ได้ดีมากเท่านั้น

$$CE = 1 - \frac{\sum_{k=2}^n (x^{(0)}(k) - x(k))^2}{\sum_{k=2}^n (x^{(0)}(k) - \overline{x^{(0)}}(k))^2} \quad (15)$$

ผลการวิจัย

ค่าพยากรณ์จากตัวแบบ GM(1,1) แสดงในตารางที่ 2 และกราฟเส้นแสดงข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และค่าพยากรณ์จากตัวแบบ GM(1,1) และค่าประมาณการจำนวนผู้ป่วยเบาหวานตามจำนวนวันในปีงบประมาณ 2566 แสดงในภาพที่ 2 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ถึง 2565 มีลักษณะเพิ่มขึ้นเกือบเป็นแนวเส้นตรง จึงสอดคล้องตัวแบบ GM(1,1) ที่ใช้สมการถดถอยเชิงเส้นตรงทำนายจำนวนผู้ป่วยสะสมแล้วทอนค่ากลับ

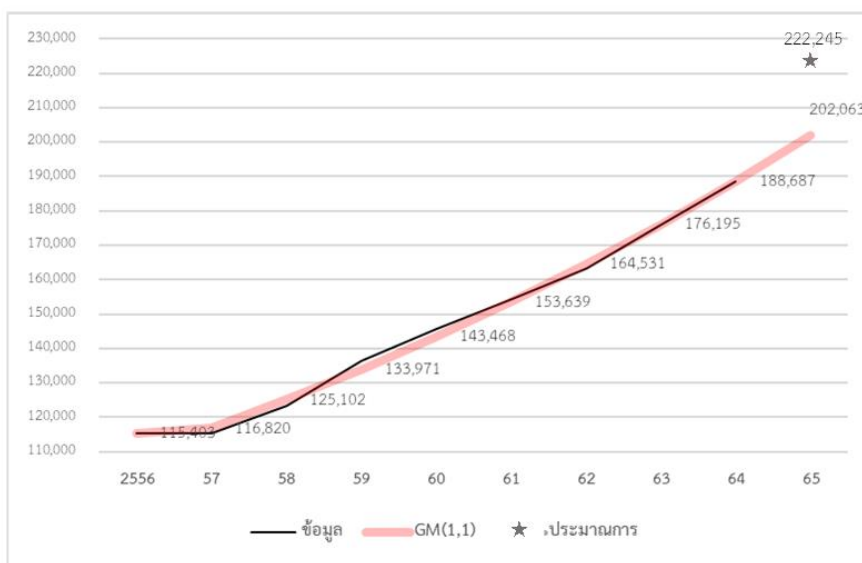
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจริงและจำนวนผู้ป่วยประมาณการด้วยตัวแบบ GM(1,1) และร้อยละความคลาดเคลื่อนในแต่ละปีงบประมาณ

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย	GM(1,1)	ร้อยละความคลาดเคลื่อน
2557	115,403	115,403	0.00
2558	115,443	116,820	1.19
2559	123,187	125,102	1.55
2560	136,359	133,971	-1.75
2561	145,683	143,468	-1.52
2562	154,244	153,639	-0.39

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยจริงและจำนวนผู้ป่วยประมาณการด้วยตัวแบบ GM(1,1) และร้อยละความคลาดเคลื่อนในแต่ละปีงบประมาณ

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย	GM(1,1)	ร้อยละความคลาดเคลื่อน
2563	163,370	164,531	0.71
2564	176,109	176,195	0.05
2565	188,440	188,687	0.13
2566	197,889		
2566	222,245*	202,063	-9.08

*ประมาณการจากข้อมูล 325 วัน (1 ต.ค.2565-22 ส.ค.2566) 197,889 คน คำนวณเทียบเป็น 365 วัน



ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานตามข้อมูลจริงและการพยากรณ์ด้วยตัวแบบ GM(1,1)

ความแม่นยำของตัวแบบ พบว่า MAPE เท่ากับ ร้อยละ 0.91 ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละของค่าพยากรณ์ที่ต่างไปจากค่าข้อมูลจริงโดยไม่คำนึงถึงเครื่องหมาย อยู่ในช่วงน้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งจะมีความแม่นยำสูง⁽¹³⁾ RMSE เท่ากับ 1,498.08 เมื่อเทียบกับขนาดของจำนวนผู้ป่วยหลักแสนคน มีขนาดความแตกต่างระหว่างค่าพยากรณ์กับค่าจริงโดยเฉลี่ยเพียงหลักพัน คือ 1,498 คนเท่านั้น ค่าประสิทธิภาพสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำกว่า CC เท่ากับ 0.9980 เป็นสหสัมพันธ์ระหว่างค่าจริงกับค่าพยากรณ์ซึ่งเข้าใกล้ 1 มีความสัมพันธ์กัน

อย่างสมบูรณ์ (a perfect positive correlation) และค่าประสิทธิภาพสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใกล้เคียงกับ CE เท่ากับ 0.9960 มีค่าเข้าใกล้ 1 จึงสรุปว่าสามารถนำตัวแบบ GM(1,1) ไปใช้ในการพยากรณ์ได้

การอภิปรายผล

ค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครราชสีมาจากตัวแบบ GM(1,1) สำหรับปีงบประมาณ 2566 คือ 202,063 ปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยเบาหวาน 188,440 คน จึงเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 7.23 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มอยู่ในระดับเดียวกับปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ที่เพิ่มพื้นที่ก่อนหน้า ร้อยละ 7.80 และ 7.00 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ช่วงเวลา 1 ต.ค.2565-22 ส.ค.2566 จำนวน 325 วัน มีผู้ป่วยเบาหวานตามรายงาน 197,889 คนเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.01 จากปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 1) เมื่อเทียบกับประมาณการจำนวนผู้ป่วย ในปีงบประมาณ 2566 ในเวลา 365 วันตามสัดส่วนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันแล้วจะมีจำนวนผู้ป่วยถึง 222,245 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 ถึงร้อยละ 17.94 ซึ่งเป็นค่าที่สูงเกินไปและไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ค่าทำนายตามตัวแบบ GM(1,1) ที่ 202,063 คน ก็จะต่ำกว่าประมาณการจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2566 ถึงร้อยละ 9.08 กล่าวได้ว่า ค่าทำนายของตัวแบบ GM(1,1) สำหรับปีงบประมาณ 2565 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 7.23 เป็นค่าทำนายที่เหมาะสม

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยเป็นการใช้ค่าแนวโน้ม (ร้อยละที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี) ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเบาหวานนั้น⁽¹⁴⁾ ส่วนในประเทศจีนได้มีการใช้ตัวแบบ ARIMA เปรียบเทียบกับ GM(1,1) กับข้อมูลรายเดือน 7 ปี ในการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน (Prevalence) ซึ่งข้อมูลมีลักษณะของรูปแบบฤดูกาลและแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ทำให้ตัวแบบ ARIMA มีความแม่นยำมากกว่า⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

การพยากรณ์อนุกรมเวลาเชิงสถิติโดยการใช้ข้อมูลในอดีตนำมาหาสมการที่สามารถสอดคล้อง (Fit) กับข้อมูลในอดีตสามารถนำไปใช้ทำนายอนาคตได้ หากข้อมูลเป็นไปตามธรรมชาติที่เป็นมา แต่หากมีปัจจัยภายนอกเข้ามากระทบก็จะทำให้ ผลการทำนายเบี่ยงเบนไป ซึ่งนอกจากการใช้เทคนิคเชิงปริมาณแล้ว การวิเคราะห์เชิงคุณภาพการดำเนินการสาธารณสุขที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยในรอบปีงบประมาณมีส่วนสำคัญในการปรับค่าพยากรณ์ให้สอดคล้องกับการวางแผนในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

การทดสอบความแม่นยำของตัวแบบ GM(1,1) ในการทำนายจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณ 2566 กับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมาซึ่งจะมีรายงานออกมาประมาณเดือนพฤศจิกายน 2566 นี้ และทำการศึกษาเปรียบเทียบกับพยากรณ์เชิงปริมาณอื่นๆ เพื่อเลือกวิธีการพยากรณ์ที่เหมาะสมสำหรับรูปแบบข้อมูลที่เป็นอยู่

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รมรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่มที่ 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2559.
3. Thai Health Coding Center. Chapter IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E90) Diabetes mellitus (E10-E14). n.d. [cited 2023 Aug 29]. Available from: <http://thcc.or.th/ICD-10TM/ge10.htm>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. HDC Report กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ >> อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน. HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 29]. เข้าถึงได้จาก: https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการ การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. Liu S, Lin Y. Grey systems theory and application. Verlag: Springer; 2010.
7. Yang X, Zou J, Kong D, Jiang G. The analysis of GM (1, 1) grey model to predict the incidence trend of typhoid and paratyphoid fevers in Wuhan City, China. Medicine (Baltimore). 2018 Aug;97(34):e11787. doi: 10.1097/MD.0000000000011787.
8. Alafchi B, Vosough RN, Shanazy H, Ghaleiha A, Sadeghifar M. Grey Prediction GM (1, 1) Model for Forecasting the number of Hospitalized Patients with Bipolar Disorder. Proceedings of the 14th Iranian Statistics Conference. 2018 Aug 25-28; Shahrood University of Technology, Shahrood, Iran; 2018. pp. 40-6.
9. Ding P, Yang Q, Wang C, Wei X, Zhou Y. Application of Improved Grey Model GM(1,1) in Prediction of Human Health Data. 2018 IEEE Third International Conference on Data Science in Cyberspace (DSC), 2018 Jun 18-21; Guangzhou, China; 2018. p. 428-32.
10. Wang Y, Wei F, Sun C, Li Q. The Research of Improved Grey GM (1, 1) Model to Predict the Postprandial Glucose in Type 2 Diabetes. Biomed Res Int. 2016;2016:6837052. doi: 10.1155/2016/6837052. Epub 2016 May 23. PMID: 27314034; PMCID: PMC4893588.

11. Madhi M, Mohamed N. Improving GM(1,1) Model Performance Accuracy Based on the Combination of Optimized Initial and Background Values in Time Series Forecasting. Open Access Library Journal 2022;9,1-17. doi: 10.4236/oalib.1108416.
12. Lin YH, Chiu CC, Lin YJ, Lee PC. Rainfall prediction using innovative grey model with the dynamic index. Journal of Marine Science and Technology 2013; 21(1),63-75.
DOI:10.6119/JMST-011-1116-1.
13. Lewis CD. Industrial and business forecasting methods. London: Butterworths; 2023.
14. สมเกียรติ โพธิ์สัตย, สถิตย นิรมิตมหาปัญญา, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, วีระศักดิ์ ศรีนนภากร, นภา ศิริวิวัฒนากุล, สิทธิชัย อาชาอินดี และคณะ. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus). การแพทย์ไทย 2554-2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 17]. เข้าถึงได้จาก: <http://training.dms.moph.go.th/rtcdc/storage/app/uploads/public/59b/9e7/962/59b9e79625bf7359335246.pdf>
15. Wang YW, Shen ZZ, Jiang Y. Comparison of ARIMA and GM(1,1) models for prediction of hepatitis B in China. PLoS One. 2018;13(9):e0201987. doi: 10.1371/journal.pone.0201987.

ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต

จตุพรศรี มีหนองหว่า*, จตุพร จันทะพฤกษ์^a, ไวยพร พรหมวงศ์*,
รัชณี แสนศรี**, เยาวเรศ คำศรี**, โยษิตา ศรีโกศล**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 51 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 140 คน ดำเนินการวิจัยเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2566 ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบความถี่โดยวิธีคูเดอร์-ริชตัส KR-20 เท่ากับ 0.74 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าความเชื่อมั่นที่ทดสอบโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.57 อายุระหว่าง 20-24 ปี ความรู้ในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต พบว่าอยู่ระหว่าง 2-10 คะแนน ($\bar{X}$ =6.76, SD=1.97) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.57 รองลงมาคือคะแนนความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 9.23 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระหว่าง 33-100 คะแนน ($\bar{X}$ =72.33, SD=12.29) ส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.40 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 47.10 สรุปผลที่ได้จากการวิจัยทำให้เข้าใจความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลในบริบทของการพยาบาลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต และเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดการเรียนรู้ในการพัฒนาการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตและเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะสับสนเฉียบพลัน; ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต; ความรู้; การรับรู้สมรรถนะแห่งตน; นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author: จตุพร จันทะพฤกษ์ Email: jatuporn@bcnsp.ac.th

รับบทความ: 5 ก.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 24 ก.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 24 ก.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 ต.ค. 66

Nursing Students' Knowledge and Perceived Self-efficacy in Preventing and Managing Delirium in Critically Ill Patients

Jaroonsree Meenongwah*, Jatuporn Janthapuek^a, Waiyaporn Promwong*,
Rutchanee Sansri**, Yaowaret Khamstri**, Yosita Srikoso**

Abstract

This descriptive research aimed to assess knowledge and perceived self-efficacy level of nursing students in preventing and managing delirium in critically ill patients. The study involved 140 nursing students from Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong and was conducted between February and May, 2023. The instrument was a questionnaire that gathered information on personal details, knowledge of nursing care for patients at high risk of delirium, and perceived self-efficacy in preventing and managing delirium. The overall content validity index for the questionnaire was 0.97, indicating a high level of content validity. The knowledge of nursing care for patients at high risk of delirium was assessed using the Kuder-Richardson (KR-20) test, which yielded a reliability coefficient of 0.74. The questionnaire related to perceived self-efficacy in preventing and managing acute states had a confidence value of 0.94. Data collected from the questionnaires were analyzed using descriptive statistics.

Most of the subjects in the study were female, accounting for 93.57% of the participants within the age range of 20-22 years. The accumulated (overall) grade point average (GPAX) for the students mostly ranged from 2.51 to 3.00. They had a moderate level of knowledge concerning the care of patients suffering from delirium in critical illness. On average, their knowledge score was 6.76 (SD=1.97). Specifically, 51.40% of students reported a middle level of perceived self-efficacy, while 47.10% reported a high level. In summary, this research provides valuable insights into the knowledge and self-efficacy of bachelor's nursing students in the context of delirium care for critically ill patients. These findings can inform strategies to improve nursing education and ultimately enhance nursing outcomes.

Keywords: Delirium; Critically ill patients; Knowledge; Perceived self-efficacy; Nursing students

* Instructor, Department of Adult and Elderly Nursing, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Nursing Student, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author: Jatuporn Janthapuek Email: jatuporn@bcnsp.ac.th

Received: Sep. 5, 23; Revised: Sep. 24, 23; Accepted: Sep. 24, 23; Published Online: Oct. 26, 23

บทนำ

ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลมักเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ได้ถึงร้อยละ 74 ซึ่งผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้หลังจำหน่าย 3-12 เดือน เกิดภาวะภาพรวมของประสิทธิภาพสมอง (Global cognition) ลดลง รวมทั้งความสามารถของสมองส่วนหน้า (Executive functions) ลดลง เช่น ทักษะที่จำเป็นในการทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายในชีวิตประจำวัน⁽¹⁾ ภาวะรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพที่ทำให้เกิดผลสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล ระยะเวลากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และผลลัพธ์หลังการจำหน่าย ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) การหกล้ม (Falls) และการดูแลระยะยาว (Long-term care)⁽²⁾ โดยในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่า 2.6 ล้านคน ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิตมีภาวะสับสนเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 80 ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีอัตราการตาย ร้อยละ 10-26 สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยสูงอายุวิกฤตศัลยกรรมพบร้อยละ 45.45⁽³⁾ และพบความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตได้ร้อยละ 38⁽⁴⁾

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตพบได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน (Prolonged ICU stay) ภาวะโรคทางสมอง ตับวาย ไตวาย หัวใจวาย ติดเชื้อในกระแสเลือดและสิ่งแวดล้อม (Environmental causes) เช่น ลักษณะของห้องไม่มีหน้าต่าง ห่างไกลจากญาติ นอนไม่หลับหรือการนอนถูกรบกวนทั้งจากแสงสว่างมากตลอดเวลา และเสียงดัง จึงเกิดการรบกวนและรับรู้สึกมากเกินไป รวมทั้งผลข้างเคียงของการได้รับยา เช่น ยากลุ่ม Opioids, Antihistamines, Anticholinergic agents, Benzodiazepines และการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งการใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด รองลงมาเป็นยากลุ่ม Opioids, Anticholinergic agents⁽⁵⁾ ซึ่งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงจะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความมั่นใจเป็นผลมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยจะส่งผลให้นักศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติงานกิจกรรมการพยาบาลได้

แบนดูรา (Bandura) ให้ความหมาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม⁽⁶⁾ ต่อมาในปี ค.ศ.1986 แบนดูรา ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยไม่ได้กล่าวถึงความคาดหวัง⁽⁷⁾ แบนดูราเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavioral conditions) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental conditions) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ช่วยกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงหรือการปฏิบัติทักษะต่างๆ โดยขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ

การทบทวนวรรณกรรมบ่งชี้ว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความเป็นจริงทางคลินิก สภาพแวดล้อมทางคลินิก ความสามารถทางวิชาการของนักศึกษาและปัจจัยส่วนบุคคล⁽⁸⁾ นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการฝึกหัดการในห้องปฏิบัติการอาจมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับที่แตกต่างจากผู้ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึก⁽⁹⁾ ดังนั้นเพื่อเพิ่มพูนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้และผลลัพธ์ของการเรียนรู้ จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติควรเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระหว่างการฝึกปฏิบัติด้วย การศึกษาที่ผ่านมายังสนับสนุนว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลถือเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีในการทำนายประสิทธิภาพของนักศึกษาพยาบาล⁽¹⁰⁾ จึงควรมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเรียนรู้สำหรับทักษะทางคลินิก เพราะมีความสำคัญต่อกลยุทธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ และจะมีผลกระทบเชิงบวกต่อผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในระหว่างการฝึกในคลินิก⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลยังช่วยลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจทางวิชาการในระดับที่สูงขึ้น^(10,12)

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 สำหรับปีการศึกษา 2565 นี้ เป็นปีที่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 โดยนักศึกษาได้ผ่านการเรียนรายวิชาบังคับในหมวดวิชาชีพมาแล้ว ได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย อีกทั้งได้เรียนเนื้อหาภาคทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุในชั้นปีที่ 2 เทอม 1 ในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเนื้อหาที่สำคัญที่ต้องทำความเข้าใจเพื่อนำความรู้และทักษะไปใช้บนหอผู้ป่วย แต่นักศึกษายังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ ไม่มั่นใจและไม่มีประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit: ICU) ซึ่งมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลายปัจจัย ทำให้ไม่สามารถประเมินและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม จากการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลปี 3 ที่มีประสบการณ์ฝึกภาคปฏิบัติของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 จำนวน 3 หน่วยกิต รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 หน่วยกิต มาแล้ว พบว่ายังไม่เข้าใจอาการและอาการแสดง การใช้เครื่องมือประเมิน และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในห้องผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ยังไม่มั่นใจในการประเมินผู้ป่วยวิกฤตและดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสมได้ การพยาบาลผู้ป่วยจึงเป็นเพียงดูแลตามอาการและผูกมัดแขนขาและร่างกาย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดหรืออาจเกิดอุบัติเหตุได้

คณะผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลจึงเห็นความสำคัญว่าควรมีข้อมูลความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่เสี่ยงหรือมีภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อเป็นข้อมูล

พื้นฐานในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและสร้างความมั่นใจให้นักศึกษาเพื่อให้สามารถป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันได้ถูกต้องรวดเร็วและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 51 ปลายเทอมที่ 2 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 140 คน ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม⁽¹³⁾ ที่เชื่อว่าการประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน และได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาพื้นฐานว่า มนุษย์จะเกิดการเรียนรู้ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสติปัญญา (Cognitive domain) ตามความซับซ้อน ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา⁽⁶⁾ ที่เชื่อว่าแรงจูงใจของผู้เรียนจะแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบที่ตนสังเกต เนื่องจากความคาดหวังว่าการเลียนแบบจะนำไปประโยชน์มาให้ และบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติออกมานั้น จะต้องมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพื่อดำเนินการกระทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research design) เพื่อศึกษาระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 51 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 148 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 51 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 140 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 51 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ปีการศึกษา 2565 ที่ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุมาแล้ว
2. มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 51 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ปีการศึกษา 2565 ที่เป็นผู้ช่วยวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และการนำเครื่องมือมาใช้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ฉบับ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน เกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 12 มี 4 ตัวเลือก เนื้อหาคำถามเกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วย อาการและอาการแสดง การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ใหญ่วิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยให้เลือกตอบข้อที่เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียง 1 ข้อ การคิดคะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนด้วยการพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁴⁾ ดังนั้น ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 10-12 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 7-9 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0-6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต โดยผู้วิจัยขอยืมเครื่องมือวิจัยของ ไวยพร พรหมวงศ์ และจรรยาศรี มีหนองหัว⁽¹⁵⁾ ที่สร้างขึ้นจากกรอบของแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา จำนวน 20 ข้อ โดยนำมาปรับข้อรายการให้มีความสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา เป็นแบบสอบถามแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มั่นใจมากที่สุดได้ 5 คะแนน มั่นใจมากได้ 4 คะแนน มั่นใจปานกลางได้ 3 คะแนน มั่นใจน้อยได้ 2 คะแนน และ มั่นใจน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้การคำนวณหาอันตรายภาคขึ้น ด้วยการกำหนดคะแนน 3 ระดับของซูครี วงรัตน์⁽¹⁶⁾ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับมาก คือคะแนนระหว่าง 74-100 คะแนนระดับปานกลาง คือคะแนนระหว่าง 46-73 คะแนน และระดับน้อย คือคะแนนที่น้อยกว่า 45 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรง (Content validity) นำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่สร้างขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีประสบการณ์ด้านการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีของบลูมและเบนคูรา 1 ท่าน หัวหน้าห้องผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน 1 ท่าน โดยใช้ CVI (content validity index) ได้เท่ากับ 0.97 นำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนที่จะนำเครื่องมือไปหาความเที่ยงของแบบสอบถามและนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหา และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาลมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ใช้หลักสูตรเดียวกัน แล้วนำผลมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยแบบทดสอบความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จะคำนวณหาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-20 ได้เท่ากับ 0.74 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ได้คำนวณความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 3/2566 รับรอง 22 กุมภาพันธ์ 2566 จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ และพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยมีหนังสือชี้แจงต่ออาสาสมัครให้ได้รับทราบว่าเป็นความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่มีข้อผูกมัดหรือมีผลกระทบ ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้ เป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี โดยมีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูล ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย นักสถิติ และที่ปรึกษางานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลนักศึกษาถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ หลังจากที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว จากนั้นพบนักศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการบอกกล่าว และดำเนินการเก็บข้อมูลใช้เวลาประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 140 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.57 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 6.43 อายุอยู่ระหว่าง 20 ปี - 22 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม [The accumulated (overall) grade point average: GPAX] ดังนี้ 2.00-2.50 ร้อยละ 11.43; 2.51-3.00 ร้อยละ 45.72; 3.01-3.50 ร้อยละ 40.71 และ 3.51-4.00 ร้อยละ 2.14 ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 81.43 ส่วนใหญ่ได้ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจากการเรียนการสอนในห้องเรียน ร้อยละ 95 ส่วนการเรียนรู้ระหว่างฝึกภาคปฏิบัติพบร้อยละ 80

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต

ระดับความรู้ในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต	กลุ่มตัวอย่าง (n=140)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (10-12 คะแนน)	10	7.14
ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	117	83.57
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 7 คะแนน)	13	9.29

คะแนนความรู้ในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต พบว่า อยู่ระหว่าง 2-10 คะแนน ($\bar{X}$ =6.76, SD=1.97) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.57 รองลงมา คะแนนความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 9.29

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต	ไม่มั่นใจเลย (1)	มั่นใจน้อย (2)	มั่นใจปานกลาง (3)	มั่นใจมาก (4)	มั่นใจมากที่สุด (5)
1. การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตให้บรรลุตามเป้าหมายได้	19 (13.6)	23 (16.4)	62 (44.3)	34 (24.3)	2 (1.4)
2. การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยได้	5 (3.6)	14 (10.0)	61 (43.6)	51 (36.4)	9 (6.4)
3. การอธิบายเหตุผลในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการจัดการกับ “ความขัดแย้งทางจริยธรรมทางการพยาบาล” การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต	6 (4.3)	19 (13.6)	58 (41.4)	51 (36.4)	6 (4.3)
4. การให้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการตัดสินใจเพื่อให้การป้องกันหรือการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต	6 (4.3)	12 (8.6)	58 (41.4)	58 (41.4)	6 (4.3)
5. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันตามอาการได้	4 (2.9)	19 (13.6)	68 (48.6)	42 (30.0)	7 (5.0)
6. การประเมินอาการของผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้	10 (7.1)	11 (7.9)	65 (46.4)	51 (36.4)	3 (2.1)
7. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตได้	4 (2.9)	14 (10.0)	78 (55.7)	42 (30.0)	2 (1.4)
8. การช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้	2 (1.4)	7 (5.0)	69 (49.3)	61 (43.6)	1 (0.7)
9. การบริหารจัดการเกี่ยวกับการให้ยาในผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้	1 (0.7)	3 (2.1)	67 (47.9)	61 (43.6)	8 (5.7)
10. การอธิบายเหตุผลการรักษาให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้	2 (1.4)	4 (2.9)	62 (44.3)	60 (42.9)	12 (8.6)
11. การช่วยลดอาการสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้	2 (1.4)	2 (1.4)	62 (44.3)	69 (49.3)	5 (3.6)

**ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการป้องกันและการจัดการภาวะสับสน
เฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต**

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันใน ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต	ไม่มั่นใจ เลย (1)	มั่นใจ น้อย (2)	มั่นใจ ปานกลาง (3)	มั่นใจ มาก (4)	มั่นใจ มากที่สุด (5)
12. การอธิบายสาเหตุและการจัดการอาการสับสน เฉียบพลันของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้	1 (0.7)	1 (0.7)	60 (42.9)	60 (42.9)	18 (12.9)
13. การใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันผู้ป่วยวิกฤตไม่ให้เกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันได้	0 (0)	5 (3.6)	73 (52.5)	57 (40.7)	5 (3.6)
14. การอธิบายเหตุผลเกี่ยวกับการบริหารยาที่มี ความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้	2 (1.4)	15 (10.7)	68 (47.0)	47 (33.6)	8 (5.7)
15. การใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ RASS และ CAM-ICU ได้	23 (16.4)	60 (42.9)	55 (39.3)	2 (1.4)	0 (0)
16. การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคเพื่อช่วยให้ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันได้ประสบผลสำเร็จ	0 (0)	10 (7.1)	60 (42.9)	67 (47.9)	3 (2.1)
17. การพัฒนาทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่มี ภาวะสับสนเฉียบพลันได้	2 (1.4)	5 (3.6)	72 (51.1)	54 (38.6)	7 (5.0)
18. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยคำนึงถึงกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น	2 (1.4)	18 (12.9)	63 (45.0)	50 (35.7)	7 (5.0)
19. การช่วยเหลือญาติโดยคำนึงถึงภาวะเศร้าโศก ของทุกคนได้	4 (2.9)	2 (1.4)	48 (34.3)	64 (45.7)	22 (15.7)
20. ความมั่นใจในการประเมินปัญหาและให้การดูแล ผู้ป่วยด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้	2 (1.4)	6 (4.3)	59 (42.1)	63 (45.0)	10 (7.1)

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการป้องกัน
และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่
คือการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตได้ ร้อยละ 55.7 รองลงมา
ได้แก่ การใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันผู้ป่วยวิกฤตไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ร้อยละ 52.5 และการพัฒนา
ทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ร้อยละ 51.1 ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่ไม่มั่นใจเลย
คือใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ RASS และ CAM-ICU ได้ ร้อยละ 1.4 รองลงมาได้แก่

การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตให้บรรลุตามเป้าหมายได้ ร้อยละ 13.6 และการประเมินอาการของผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต	กลุ่มตัวอย่าง (n=140)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (74-100 คะแนน)	32	22.90
ระดับปานกลาง (46-73 คะแนน)	105	75.00
ระดับน้อย (น้อยกว่า 45 คะแนน)	3	2.10

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล ในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระหว่าง 33- 86 คะแนน ($\bar{X}$ =66.30, SD=8.53) ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.00 รองลงมาได้แก่ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 22.90

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่องความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตดังที่ปรากฏข้างต้น มีประเด็นอภิปราย ได้ดังนี้

1. ระดับความรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ในชั้นเรียนเรื่องของความหมาย อาการและอาการแสดง ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจากการเรียนทฤษฎีในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ และรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 วิชาละประมาณ 30 นาที และผ่านการฝึกประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 มาแล้ว การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาผ่านการฝึกปฏิบัติ เป็นไปอย่างต่อเนื่องตามระดับความสามารถรายชั้นปีของนักศึกษา ได้แก่ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 จำนวน 3 หน่วยกิต (ไม่น้อยกว่า 135 ชั่วโมง) ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยทั่วไปทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 หน่วยกิต (ไม่น้อยกว่า 90 ชั่วโมง) ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยทั่วไปที่มีกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุร่วมกับการฝึกในชุมชน ส่วนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 3 หน่วยกิต (ไม่น้อยกว่า 135 ชั่วโมง) ฝึกปฏิบัติในห้องผู้ป่วยหนักทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม แม้ว่านักศึกษาจะได้ผ่านการฝึกปฏิบัติในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งมีผู้ป่วยระยะวิกฤตมาแล้ว ระดับความรู้ของนักศึกษายังอยู่เพียงระดับปานกลาง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยยังไม่เพียงพอได้ ซึ่งสอดคล้องกับบลูม ที่กล่าวว่า การพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ด้านสติปัญญาเป็นผลมาจากประสบการณ์และปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และการที่ผู้เรียนมีความรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านพุทธิพิสัย หากจะให้เกิดความสามารถด้านทักษะพิสัย ต้องจัดประสบการณ์จากสถานการณ์จริง มีการกระทำอย่างต่อเนื่องและฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และปฏิบัติการพยาบาลภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยงประจำห้องผู้ป่วยหนักจึงอาจทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อีริภทร นวลแก้ว และสกวารัตน์ ไกรจันทร์⁽¹⁷⁾ พบว่าการใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยงสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้มากขึ้น ส่วนเรื่องที่ไม่มั่นใจเลย คือการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ RASS (The Richmond Agitation and Sedation Scale) และ CAM-ICU (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) อาจเนื่องจากในห้องผู้ป่วยหนักทุกแห่งที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายให้ใช้แบบ ประเมินนี้ จึงมีเพียงห้องผู้ป่วยหนักบางแห่งที่ใช้ อีกทั้งพยาบาลบางส่วนไม่ได้ใช้เครื่องมือนี้ประเมินเนื่องจากเห็นว่าการประเมินผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจประเมินได้ยาก ดังการศึกษาของ ยิจิ จี, อัจฉรา สุคนธสรณ์ และสุภารัตน์ วังศรีคุณ⁽¹⁸⁾ และ ปรียวดี เทพมุสิก และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าแม้ความรู้ในเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ในระดับสูง แต่การปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาลยังอยู่เพียงระดับปานกลาง ดังนั้นในสถานการณ์ที่พยาบาลเป็นตัวแทนให้นักศึกษาพยาบาลนั้น พยาบาลพี่เลี้ยงอาจไม่ได้มุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลรับรู้สมรรถนะเรื่องการประเมินน้อยมาก จากทฤษฎีของแบนดูรา⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้ฝึกประสบการณ์จะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี จะส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ดี รวมถึงมีความพยายามในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงต้องมุ่งเน้นให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนให้นักศึกษารับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้นักศึกษารับรู้สมรรถนะแห่งตนในประเด็นต่างๆ ไม่ครอบคลุมได้ สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง 2560 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 และ 2 ที่ไม่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน นักศึกษาจึงรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในเรื่องนี้น้อยและยังไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีนำไปสู่การปฏิบัติได้ สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมาของ กล้าเผชิญ โชคบำรุง, ปาริชาติ วงศ์ก้อม และจินตนา สุวิหส์⁽²⁰⁾ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลจากสมรรถนะทางการพยาบาลบางสมรรถนะไม่ได้กำหนดไว้ในสมรรถนะของรายวิชา จึงไม่ได้เน้นการสอนบางเนื้อหาในภาคปฏิบัติ ต่อเมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต จึงมีความจำเป็นต่อการพยาบาลที่ต้องพัฒนาความรู้และการปฏิบัติควบคู่กันไปด้วย

เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีความรู้ในเรื่องราวหรือเนื้อหาเฉพาะเจาะจง และมีประสบการณ์ในการใช้ความรู้นั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ความเชื่อมั่นในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเพิ่มขึ้น มีการศึกษาว่าความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันในทางบวก ดังเช่นการศึกษาของ ไวยพร พรหมวงศ์ และจรรยาศรี มีหนองหัว⁽¹⁵⁾ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Desiani, Nuraeni และ Priambodo⁽¹²⁾ พบว่าอาจจะมีองค์ประกอบอื่นที่นอกเหนือจากความรู้ของนักศึกษาที่จะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาสูงขึ้นได้ เช่น มีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ มาก่อน ทั้งจากการสังเกตหรือจากการที่เคยลงมือปฏิบัติ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และให้มีโอกาสศึกษาตามสถานการณ์จริง จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจ ด้วยการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตโดยมีอาจารย์นิเทศหรือพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด เพื่อเป้าหมายการพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลให้ก้าวสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาได้ดังนี้

1. **ด้านการศึกษาพยาบาล** โดยการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ และพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้ดูแลกรณีศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหรือผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันแล้วโดยเฉพาะในห้องผู้ป่วยวิกฤตโดยมีอาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยงที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้เป็นผู้ชี้แนะแนวทางการดูแลให้กับนักศึกษา
2. **ด้านการวิจัย** โดยนำข้อมูลไปออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะวิกฤต ให้กับนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงได้ง่าย และสามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ในการสนับสนุนทุนทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่น 51 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 8 คนที่เป็นผู้ช่วยวิจัย และ จำนวน 140 คนเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ที่เป็นกลุ่มทดลองเครื่องมือวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Pandharipande PP, Girard TD, Ely EW. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2014 Jan 9;370(2):185-6. doi: 10.1056/NEJMc1313886. PMID: 24401069.
2. Salluh JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, Serafim RB, Stevens RD. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015 Jun 3;350:h2538. doi: 10.1136/bmj.h2538. PMID: 26041151; PMCID: PMC4454920.
3. นิตยา จันทบุตร, ครองสินธุ์ เขียนชานาจ. ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: ความท้าทายของการพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*. 2563;4(2):20-39.
4. Permpikul C, Jirisan W, Srinonprasert V, Tongyoo S. Delirium in a Medical Intensive Care Unit: A Report from a Tertiary Care University Hospital in Bangkok. *Siriraj Medical Journal*. 2021;73(3):155-61.
5. Clegg A, Young JB. Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age Ageing*. 2011 Jan;40(1):23-9. doi: 10.1093/ageing/afq140. Epub 2010 Nov 9. PMID: 21068014.
6. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman and Company; 1977.
7. Bandura A. The explanatory and predictive Scope of self-efficacy theory. *JSoc ClinPsychol*. 1986;4(3):359-73.
8. Darawad MW, Hamdan-Mansour AM, Khalil AA, Arabiat D, Samarkandi OA, Alhussami M. Exercise Self-Efficacy Scale: Validation of the Arabic Version Among Jordanians With Chronic Diseases. *Clin Nurs Res*. 2018 Sep;27(7):890-906. doi: 10.1177/1054773816683504. Epub 2016 Dec 26. PMID: 28024409.
9. Abdal M, Masoudi Alavi N, Adib-Hajbaghery M. Clinical Self-Efficacy in Senior Nursing Students: A Mixed- Methods Study. *Nurs Midwifery Stud*. 2015 Sep;4(3):e29143. doi: 10.17795/nmsjournal29143. Epub 2015 Sep 23. PMID: 26576443; PMCID: PMC4644605.
10. Zengin N, Pinar R, Akinci AC, Yildiz H. Psychometric properties of the self-efficacy for clinical evaluation scale in Turkish nursing students. *J Clin Nurs*. 2014 Apr;23(7-8):976-84. doi: 10.1111/jocn.12257. Epub 2013 Jul 22. PMID: 23876212.
11. Robb M. Self-efficacy with application to nursing education: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2012 Jul-Sep;47(3):166-72. doi: 10.1111/j.1744-6198.2012.00267.x. PMID: 22861653.
12. Desiani S, Nuraeni A, Priambo AP. How do knowledge and self-efficacy of internship nursing students in performing cardio pulmonary resuscitation? *Belitung Nursing Journal*. 2017;3(5):612-20.

13. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook 1 Cognitive Domain. David McKay, New York. 1956.
14. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF, Baldwin TS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
15. ไวยพร พรหมวงศ์, จรูญศรี มีหนองหว้า. ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(37):377-91.
16. ชูศรี วงศ์รัตน. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: อมรการพิมพ์; 2560.
17. อธิภัทร นวลแก้ว, สกาวรัตน์ ไกรจันทร์. ประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล. วารสารมหาจุฬานาครพรรณ์. 2565;9(6):31-49.
18. ยิฉิง ลี, อัจฉรา สุคนธสรณ์, สุภารัตน์ วงศ์ศรีคุณ. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมืองคุนหมิง มณฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน. พยาบาลสาร. 2564;48(4):41-53.
19. ปรียาดี เทพมุลิก, ศศิธร ชำนาญผล, นิตยา กรายทอง, สุกัญญา ผลวิสุทธิ, จันทนา นิลาศน์, จรูญศรี มีหนองหว้า. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตของพยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2060;1(2):70-85.
20. กล้าเผชิญ โชคบำรุง, ปาริชาติ วงศ์ก้อน, จินตนา สุวิวัฒน์. การรับรู้สมรรถนะตนเองทางการพยาบาลในการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(2):72-85.

บทความวิชาการ

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการฝังเข็ม

ศญาดา ด่านไทยวัฒนา^{*a}, วันฉัตร โสฬส^{**}, Weixiang Yuan^{*}

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคข้อเข่าเสื่อมไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายเท่านั้น ยังส่งผลทั้งทางด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ในด้านร่างกาย ไม่สามารถที่จะเดินหรือลุกนั่งได้สะดวกจากอาการเจ็บปวดและเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน อื่นๆ ตามมา ในด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ และด้านจิตใจ ยังสัมพันธ์กับด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย เนื่องจากต้องมีคนดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาได้

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยวิธีการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน โดยวิธีการฝังเข็ม เนื่องจากการฝังเข็มเป็นการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม อีกรูปแบบหนึ่งซึ่งยังไม่เป็นที่รู้จักในประเทศไทยมากนัก โดยเป็นการรักษาแบบไม่ใช้ยาและมีผลข้างเคียงค่อนข้างต่ำ จึงเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ; การฝังเข็ม; การรักษา

^{*} อาจารย์ประจำสาขาวิชาการแพทย์แผนจีน คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

^{**} อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

^a Corresponding author: ศญาดา ด่านไทยวัฒนา Email: sayada2829@hotmail.com

รับบทความ: 6 ก.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 7 ต.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 7 ต.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 ต.ค. 66

Review Article

Treatment of Osteoarthritis Knee in The Elderly with Acupuncture

Sayada Danthaiwattana^{*a}, Wanchat Solod^{**}, Weixiang Yuan^{*}

Abstract

Osteoarthritis is a common disease in the elderly whose ages over 65 years old and this trend is increasing. Osteoarthritis not only affects physical health, but affect psychological and economic and social aspects. Elderly persons with osteoarthritis will not be able to lead a normal life because, physically, they are unable to walk or sit up easily due to pain and that increases risks of other complications. In psychological aspect, osteoarthritis results in a state of stress from the body being unable to function normally. Additionally, psychological aspect is also related to the social aspect because they need caregivers to take care of them. In economic aspect, the disease also has relatively high treatment cost, resulting increase stress level among elderly patients.

Objective of this article is to provide guidelines for treating osteoarthritis in the elderly using traditional Chinese medicine methods by acupuncture which is another form of osteoarthritis treatment that is not yet well known in Thailand. It is a treatment that does not depend on medications and it has relatively fewer side effects. Therefore, it is one treatment method that is more suitable for the elderly.

Keywords: Osteoarthritis knee in the elderly; Acupuncture; Treatment

^{*} Instructor of Traditional Chinese Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

^{**} Instructor of Sports and Exercise Sciences, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

^a Corresponding author: Sayada Danthaiwattana Email: sayada2829@hotmail.com

Received: Sep. 6, 23; Revised: Oct. 7, 23; Accepted: Oct. 7, 23; Published Online: Oct. 26, 23

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อรอบข้อและการแคบของช่องระหว่างเข่าเนื่องจากการสูญเสียกระดูกอ่อนข้อเข่า ทำให้เกิดอาการปวดเข่า หัวเข่าบวมแดง เข่าตึงยึด มีเสียงในเข่า ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เช่น การเดิน ลูกนั่ง ขึ้นลงบันได หากไม่ได้ทำการรักษาอาจเพิ่มระดับความรุนแรงของโรคและเพิ่มความเสียหายของข้อเข่า บางรายที่มีอาการรุนแรงอาจอาจทำให้ขาโก่งผิดรูปได้ และสิ่งที่น่ากังวลเพิ่มขึ้นคือเมื่อเกิดอาการเจ็บปวดมากก็ยิ่งทำให้ต้องลดการเคลื่อนไหว เมื่อลดการเคลื่อนไหวก็ยิ่งทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแออาจทำให้ร่างกายมีภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ ตามมาได้เช่นกัน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นมีหลายปัจจัย อาทิ พฤติกรรมที่สะสมจากการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่วัยหนุ่มสาว น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น อายุที่มากขึ้นทำให้การซ่อมแซมกระดูกลดลง เป็นต้น⁽¹⁾

โรคนี้ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยวัยกลางคนขึ้นไปจนถึงวัยสูงอายุ มีลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง และหากกระบวนการนี้ดำเนินต่อไปจะมีผลทำให้ข้อเข่าผิดรูปและพิการในที่สุด เป้าหมายในการรักษาโรคนี้จึงต้องทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการปฏิบัติตัว การบำบัดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น บรรเทาอาการปวดชะลอการดำเนินของโรค แก้ไข คงสภาพ หรือฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่า ป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีวิธีการบำบัดรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวหลายรูปแบบ⁽²⁾ ดังนี้ 1) การรักษาโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดน้ำหนัก การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า และกายบริหารบำบัดข้อเข่า เป็นต้น 2) การรักษาโดยการใช้ยา ได้แก่ ยาแก้ปวด การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ การฉีดยากรดไฮยาลูโรนิกเข้าข้อ ยากลูโคซามีนซัลเฟต ยาคอนดรอยตินซัลเฟต หรือยาโคเซเซอร์เนน เป็นต้น 3) การรักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อหรือบางส่วน การส่องกล้องล้างข้อและตัดแต่งเนื้อเยื่อในข้อ การผ่าตัดเปลี่ยนแนวกระดูก เป็นต้น

โดยในทางการแพทย์แผนจีน เรียกโรคนี้ว่า ปี้เจิ้ง (痺証) ในหนังสือแพทย์จีนโบราณที่ชื่อว่า ชูเวิน มีบันทึกไว้ว่าโรคนี้เกิดจาก ลม ความเย็น และความชื้นในร่างกายรวมตัวกันก่อให้เกิดอาการของโรคนี้ขึ้นมา โรคนี้ทางการแพทย์แผนจีนในตำราอายุรกรรมภายในจัดเป็นโรคในระบบการหมุนเวียนของเส้นลมปราณแขนขาที่ผิดปกติ โดยมีสาเหตุหลักมาจาก ลม ความเย็น ความชื้น ความร้อน อุดกั้นเส้นลมปราณ ส่งผลให้เกิดการหมุนเวียนของเลือดและลมปราณที่ผิดปกติส่งผลกระทบต่อเส้นเอ็นข้อต่อแขนขา และกล้ามเนื้อทำให้คนไข้มีอาการ ปวด หน่วง เมื่อย ชา หรือบริเวณข้อต่อมีอาการเคลื่อนไหวติดขัด มีก้อนแข็ง บวม หรือมีอาการผิดรูป⁽³⁾ โรคนี้ในทางคลินิก การรักษาหลักอยู่ที่การระงับปวดโดยใช้ยาเพื่อระงับอาการปวดเป็นหลัก ซึ่งเป็นการรักษาตามอาการมิได้เป็นการรักษาที่ต้นตอของสาเหตุแท้จริงของโรค เพราะฉะนั้นการรักษาโรคนี้จึงเป็นประเด็นหัวข้อน่าสนใจที่ผู้วิจัยหลายท่านให้ความสนใจในปัจจุบันเป็นอย่างมาก

โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) คือ โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่าตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในโรคนี้ คือที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) ในข้อชนิดที่มีเยื่อ (Diarthrodial joint) โดยพบการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้าๆ อย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านมา กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (Biochemical) ชีวกลศาสตร์ (Biomechanical) และโครงสร้าง (Biomorphology) รวมถึงกระดูกบริเวณใกล้เคียง เช่น ขอบกระดูกในข้อ (Subchondral bone) หนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง โรคนี้ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง หากขบวนการนี้ดำเนินต่อไปจะมีผลทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด⁽⁴⁾

ข้อเข่าเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะการเกิดคือ 1) ข้อเสื่อมปฐมภูมิ (Primary Osteoarthritis) คือ ข้อเสื่อมที่เกิดขึ้นเอง โดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ซึ่งอาจมีหลายปัจจัยร่วม เช่น อายุ เพศ น้ำหนัก เป็นต้น 2) ข้อเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) คือ ข้อเข่าเสื่อมที่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค เช่น เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีอาการอักเสบที่ข้อเข่า มีภาวะติดข้อที่ข้อเข่าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร่างกายในข้อเข่าจนกลายเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในภายหลัง⁽⁵⁾

อาการแสดงในระยะแรก เริ่มปวดเข่าเวลาเคลื่อนไหว เช่น เดินขึ้นลงบันได หรือนั่งพับเข่า อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดพักการใช้ข้อร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัด โดยเฉพาะเมื่อมีการหยุดเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เมื่อเริ่มขยับข้อจะรู้สึกถึงการเสียดสีของกระดูกหรือมีเสียงดังในข้อ เมื่อมีภาวะข้อเสื่อมรุนแรง อาการปวดจะรุนแรงมากขึ้น เหยียดหรืองอข้อเข่าได้ไม่ค่อยสุดกล้ามเนื้อต้นขาลีบ ข้อเข่าโก่ง หลวม หรือบดเบี้ยวผิดรูป ทำให้เดินและใช้ชีวิตประจำวันลำบาก และมีอาการปวดเวลาเดินหรือขยับ การวินิจฉัยสามารถทำได้จากการซักประวัติ และตรวจร่างกายโดยแพทย์ ร่วมกับภาพถ่ายรังสี ซึ่งสามารถบอกความรุนแรงของโรคได้

ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมต่อสุขภาพผู้สูงอายุ⁽⁶⁾

ผลกระทบด้านร่างกาย ข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคจากการที่เนื้อเยื่อข้อเข่าเกิดการบอบช้ำจากการถูกทำลาย จะเกิดการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอโมนโพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ไปกระตุ้นปลายประสาทสำหรับความรู้สึกปวด ทำให้เกิดอาการปวดข้อเข่า เข่าฝืด เคลื่อนไหวลำบากและโครงสร้างของข้อเข่ามีความผิดปกติมากขึ้น

ผลกระทบด้านจิตใจ อาการและอาการแสดงของโรคถือเป็นตัวชี้วัดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งอาการของโรคที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการปวดข้อเข่าเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจากความปวดที่เป็นผลมาจากกระดูกอ่อนหุ้มบริเวณผิวข้อเข่าสูญเสียหน้าที่ โครงสร้างของกระดูกข้อเข่าผิดรูป และเกิดการเสียดสีกัน เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวข้อเข่าและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอจากอาการปวดที่มีความรุนแรงมากขึ้น รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น หรือการที่ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น

ขาดความเป็นอิสระในตนเองรู้สึกกว่าตนเองด้อยค่าไม่อยากพบปะผู้คน และหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ส่งผลต่อความผาสุกด้านจิตสังคม

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจโดยเสียเวลาเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค ในระยะท้ายจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและผู้ดูแล ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบัน

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถทำได้ดังนี้⁽⁷⁾

1. การปรับอิริยาบถในชีวิตประจำวัน เช่น หลีกเลี่ยงการนั่งพับเพียบคุกเข่า ขัดสมาธิ ขึ้นลงบันไดโดยไม่จำเป็น หรือการยกหรือแบกของหนักๆ ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรง ในระยะที่มีอาการปวดควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่ต้องกระโดด เช่น วิ่ง หรือเล่นเทนนิส เป็นต้น การออกกำลังกายที่แนะนำ ได้แก่ ว่ายน้ำ เดิน เป็นต้น
2. การใช้ยาบรรเทาอาการข้อเสื่อม เพื่อบรรเทาอาการปวดและอักเสบภายในข้อ ได้แก่ ยาแก้ปวด พาราเซตามอล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาพาราเซตามอลหรือลดความเสื่อม เป็นต้น ซึ่งการรับยาควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ส่วนการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อนั้น สามารถลดอาการปวดในช่วงสั้นๆ 2-3 สัปดาห์ ต้องอยู่ในการดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์แต่ไม่ควรฉีดประจำเนื่องจากจะทำให้ลายกระดูกข้อต่อได้
3. การรักษาโดยการผ่าตัด มีวิธีการผ่าตัดชนิดต่างๆ เช่น การส่องกล้องภายในข้อ เพื่อตรวจสภาพและล้างภายในข้อ ใช้ในกรณีที่มีเศษกระดูกอ่อนมาขวางการเคลื่อนไหวของข้อและเป็นข้อเข่าเสื่อมในระยะแรก การผ่าตัดปรับแนวข้อ ทำในกรณีที่มีการผิดรูปของข้อ โดยแก้ไขแนวแรงให้กระจายไปยังจุดที่ผิวข้อยังดีอยู่ และการผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นวิธีการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมในระยะปานกลางถึงระยะรุนแรง ที่ให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดคือ ทำให้หายปวดข้อ ข้อเข่ากลับมาเคลื่อนไหวได้ดีดังเดิม ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังผ่าตัด

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน

1. การรักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน

การรักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนนั้นมีหลายวิธี เช่น การฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว การนวดทุยหนา กัวซา และการใช้ยาสมุนไพรจีน เป็นต้น โดยก่อนที่จะทำการรักษาโรค จะทำการวินิจฉัยโรคเพื่อหาสาเหตุของโรคก่อน โดยใช้หลักการตรวจพื้นฐาน 4 ประการ หรือ ซื่อเจิน (四診) ได้แก่ การมองดู (望診) การฟังและการดมกลิ่น (听診和闻診) การถาม (问診) การจับชีพจรและการคลำ (切診和按診) ซึ่งวิธีการตรวจโรคทั้ง 4 นี้ เป็นการหาข้อมูลในมุมมองที่ต่างกัน โดยการตรวจวินิจฉัยโรคจำเป็นต้องใช้ทั้ง 4 อย่างนี้พร้อมกันเพื่อนำมาวิเคราะห์และวินิจฉัยโรคเพื่อวางแผนการรักษาโรคต่อไป⁽⁸⁾

2. ประสิทธิภาพของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน

ในการรักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนจะใช้หลักการวินิจฉัยสาเหตุของโรคและกำหนดวิธีการรักษา โดยการรักษาหลักๆ แบ่งเป็นการรักษาที่ภายในโดยการใช้อายูร์เวท และการรักษาที่ภายนอกโดยการใช้หัตถการฝังเข็มหรือการรมยาเป็นต้น⁽⁹⁾

2.1 การรักษาที่ภายในโดยการใช้อายูร์เวท

2.1.1 การรักษาโดยการใช้อายูร์เวทเดี่ยว โดยใช้อายูร์เวทเว่ยหลิงเซียน (威灵仙) 500 กรัม บดเต็มเหล้าขาวลงไป 1,500 มิลลิลิตร ผ่านกรรมวิธีแล้วมาผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นก้อนประมาณ 6 กรัม ให้คนไข้รับประทานครั้งละ 1 ก้อน วันละ 2 ครั้ง ยาเดี่ยวตัวนี้ เมื่อผ่านกรรมวิธีดังกล่าวจะมีสรรพคุณในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม⁽⁹⁾ ยาเว่ยหลิงเซียน (威灵仙) ในทางแพทย์จีน มีคุณลักษณะอุ่น รสเผ็ด-เค็ม ตัวยาวออกฤทธิ์เข้าสู่เส้นลมปราณกระเพาะปัสสาวะ สรรพคุณ ขับลมชื้น ทะลวงเส้นลมปราณ มีข้อบ่งใช้ คือรักษาอาการปวดจากลมชื้น เนื่องจากยารสเผ็ดอุ่น เป่าลอยฟุ้งเข้าสู่เส้นลมปราณทุกเส้น สรรพคุณ ขับลมชื้นทะลวงเส้นลมปราณระงับปวด ใช้รักษาอาการปวดจากลมชื้น ขา ไม่มีแรงทั้งร่างกายส่วนบน และส่วนล่าง จึงเป็นตัวยาสำคัญที่ใช้รักษาอาการปวดจากลมชื้น⁽¹⁰⁾

2.1.2 การรักษาโดยการใช้อายูร์เวทตำรับสำเร็จรูป การใช้จะเลือกตำรับยาที่เหมาะสมกับอาการคนไข้ ดังนี้⁽⁹⁾

- กลุ่มอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากลมความเย็นความชื้น สามารถใช้อายูร์เวทสำเร็จรูปตำรับเส้นจวนปี้หวาน (肾蠲痺丸), วางปี้ ชงจี (祛痺冲剂)

- กลุ่มอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากลมความชื้นความร้อน สามารถใช้อายูร์เวทสำเร็จรูปตำรับเฟิงซือเลิ่นเย่าเจียวหนาง (风湿圣药胶囊) และซือเหมี่ยวหวาน (四妙丸)

- กลุ่มอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากเสมหะอุดกั้น สามารถใช้อายูร์เวทสำเร็จรูปตำรับเสี่ยวหัวลู่หวาน (小活络丸) และฟู่ฟางหนานชิ่งจื่อทังกาว (复方南星止痛膏)

- กลุ่มอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากตับไตพร่อง สามารถใช้อายูร์เวทสำเร็จรูปตำรับตู่จี้จี้จี้กู่หวาน (杜仲壮骨丸)

- กลุ่มอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากลมปราณและเลือดพร่อง สามารถใช้อายูร์เวทสำเร็จรูปตำรับ ปี้ฉีเจียวหนาง (痹祺胶囊)

2.2 การรักษาที่ภายนอก โดยการใช้เข็มที่ตำตัว การใช้เข็มใบหู การใช้เข็มฉีดยาจีนเข้าสู่จุดฝังเข็ม การประคบยาและการใช้ความร้อนจากโคมไฟ⁽⁹⁾

โดยหลักการของการรักษาที่ภายนอกก็จะเป็นการกระตุ้นการทำงานของเส้นลมปราณให้เลือดมาเลี้ยงที่บริเวณหัวเข่าให้ดีขึ้นซึ่งจะช่วยให้ระงับปวดหรือคลายอาการปวดได้นั่นเอง

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศจีน จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยในประเทศจีน

1. การฝังเข็มอย่างเดียว

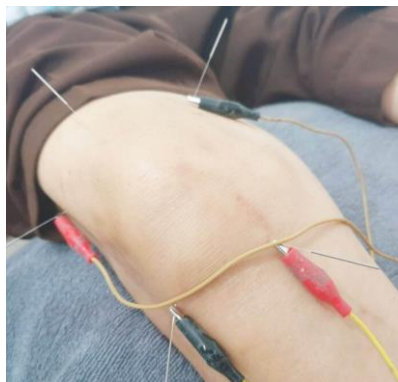


ภาพที่ 1: ฝังเข็มหัวเข่า ที่มา: <https://shorturl.asia/O5LAg>

เซี่ยวจ้ายจวิน⁽¹¹⁾ ใช้วิธีการศึกษาทดลองฝังเข็มอย่างเดียวในการรักษาคนไข้ 78 รายโดยเลือกใช้จุดในการฝังเข็มคือจุด จูซานลี่ (足三里), จุดเข่า 3 เข็ม (膝三针), จุดเน่ยว้ยซีเหยียน (内外膝眼), จุดเว่ยจง (委中), จุดซานอินเจียว (三阴交) โดยศึกษากับกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้วิธีทานยา Bulofen sustained release กับยาชนหลงกู่ชื้อเฟี้ยน (穿龙骨刺片) ในการรักษา ผลการทดลองปรากฏว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการฝังเข็มในการรักษามีผลการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มการใช้ยา

เวิงเหยียน⁽¹²⁾ ให้คนไข้ที่มีอาการปวดเข่า ทานยาร่วมกับการฝังเข็มโดยเลือกจุดฝังเข็มทั้งหมด 5 จุด (เว่ยจง, เว่ยหยาง, เทอหยาง, ตู่ยเว่ยหยาง, ช่างเทอหยาง) (委中, 委阳, 合阳, 对委阳, 上合阳) สังเกตผลการรักษาก่อนและหลัง พบว่า การฝังเข็มรักษาอาการปวดเข่าช่วยลดการอักเสบได้อย่างชัดเจน

2. การฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า



ภาพที่ 2: ฝังเข็มหัวเข่า

ที่มา : <https://expatlifeinthailand.com/electro-acupuncture-is-beneficial-for-knee-osteoarthritis/>

อุ๋เหวินฮู่ และคณะ⁽¹³⁾ ทำการศึกษาทดลองฝังเข็มคนไข้ข้อเข่าอักเสบร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้ากับคนไข้จำนวน 100 ราย โดยเลือกใช้จุดฝังเข็มเน่ยว๋ายซีเหยียน (内外膝眼穴), จูซานลี่ (足三里) ผลการทดลองพบว่าคนไข้มีอาการกล้ามเนื้อการฟื้นตัวดีขึ้นอย่างชัดเจน กระดูกหัวเข่ามีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น

หวังลี่ซิง⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบการฝังเข็มแบบธรรมดา ร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า และการฝังเข็มร้อน (火针) ร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า ผลปรากฏว่าการฝังเข็มร้อน (火针) ร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า ให้ผลการรักษาที่ดีกว่าโดยเฉพาะ ในเรื่องการลดบวม ระงับปวด การเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น

การรักษาอาการปวดเข่าด้วยการฝังเข็มร่วมกับวิธีอื่นของศาสตร์แพทย์จีน

1. การฝังเข็มร่วมกับการครอบแก้ว

หวังรู่ย และคณะ⁽¹⁵⁾ ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบโดยใช้วิธีฝังเข็มแบบธรรมดา และฝังเข็มร่วมกับการครอบแก้วทำการรักษาคนไข้โรคกระดูกเข่าอักเสบ ผลปรากฏว่ากลุ่มที่ใช้ฝังเข็มร่วมกับการครอบแก้ว คนไข้มีอาการดีขึ้นร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มที่ใช้การฝังเข็มเพียงอย่างเดียวคนไข้มีอาการดีขึ้นร้อยละ 50

3. การฝังเข็มร่วมกับการออกกำลังกาย

ฮวาเซียนจิ้น⁽¹⁶⁾ ทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบในคนไข้โรคเข่าอักเสบจำนวน 100 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ใช้วิธีฝังเข็มแบบธรรมดา และกลุ่มที่ 2 ทำการฝังเข็มร่วมกับการทำกายภาพบำบัด ผลการทดลองกลุ่มที่ทำการฝังเข็มร่วมกับการทำกายภาพบำบัดคนไข้มีอาการดีขึ้นร้อยละ 98 ส่วนกลุ่มที่ใช้การฝังเข็มเพียงอย่างเดียวคนไข้มีอาการดีขึ้นร้อยละ 80

เจาลี่ซิง⁽¹⁷⁾ ทำการศึกษาค้นคว้าที่มีอาการเข่าอักเสบจำนวน 42 ราย โดยแบ่งคนไข้เป็น 2 กลุ่ม เพื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างการฝังเข็มอย่างเดียว และการฝังเข็มร่วมกับการเคลื่อนไหวหัวเข่าตามนักร่างกายบำบัด ผลปรากฏว่า การฝังเข็มร่วมกับการเคลื่อนไหวหัวเข่าตามนักร่างกายบำบัด ให้ผลการรักษาและฟื้นฟูได้เร็วกว่าการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว

หม่าไซ⁽¹⁸⁾ ทำการศึกษาค้นคว้าที่มีอาการเข่าอักเสบจำนวน 30 ราย คนไข้กลุ่มที่ 1 ฝังเข็มร่วมกับการออกกำลังกายข้อเข่า และกลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายบริหารข้อเข่าเพียงอย่างเดียว ผลปรากฏว่ากลุ่มที่ 1 ผลการรักษาดีขึ้นร้อยละ 93.3 และกลุ่มที่ 2 มีอาการดีขึ้นร้อยละ 80

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การฝังเข็มร่วมกับการบริหารเคลื่อนไหวข้อต่อ ช่วยให้คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการดีขึ้น และการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการฝังเข็มร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่นร่วมกับการครอบแก้ว กระตุ้นไฟฟ้า ก็ให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว

บทสรุป

โรคข้อเข่าเสื่อม” ถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการใช้งานของข้อเข่ามาเป็นเวลานาน (Primary OA knee) แต่ในปัจจุบันพบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมพบได้บ่อยขึ้นในผู้ที่ยังอายุน้อย โดยเฉพาะในช่วงวัยกลางคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุอาจจะไม่ได้เป็นเรื่องของอายุ แต่เป็นเรื่องของการมีน้ำหนักตัวเกิน และการใช้ข้อเข่ามากเกินไปหรือใช้ผิดท่าผิดวิธี จนทำให้เกิดปัญหาข้อเข่า

เสื่อมเร็วกว่าปกติ มีอาการปวดขัดที่ข้อเข่า ไปจนถึงมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง⁽¹⁹⁾ ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก และเนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวค่อนข้างมาก การใช้ยาในการรักษาจึงอาจไม่เหมาะสมทั้งยังมีผลข้างเคียงเนื่องจากมียาประจำตัวที่ต้องทานประจำอยู่แล้ว การรักษาด้วยการฝังเข็มจึงเป็นอีกช่องทางการรักษาหนึ่งที่มีผลข้างเคียงต่ำ และไม่กระทบกับการทานยาประจำตัวอื่นๆ ของคนไข้ อย่างไรก็ตามถึงแม้การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการฝังเข็มจะมีผลข้างเคียงต่ำ แต่ผลการรักษาที่ขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกายของคนไข้ ในบางรายร่างกายของคนไข้มีอาการตอบสนองต่อการฝังเข็มดี ผลการรักษา ก็จะดีตามไปด้วย แต่ในสภาวะร่างกายของคนไข้บางรายมีการตอบสนองต่อการฝังเข็มช้าหรือเห็นผลไม่ชัดเจน การรักษาด้วยการใช้ยาแก้ปวดหรือการผ่าตัดก็อาจจะดีกว่าการฝังเข็ม

เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่เพียงแต่พบมากในผู้สูงอายุเท่านั้น หากแต่ยังพบมากในวัยกลางคน หรือผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก หรือนักกีฬาบางประเภทที่ใช้ข้อเข่ามากอีกด้วย และในผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูปเดินได้ไม่ปกติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ไม่สะดวก มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ⁽⁷⁾

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ รักษาได้ ก่อนสายเกิน. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 3] . เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/02/182512/>
2. ปธานปิณธ์ โรจนเจริญงาม. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการฉีดยาสารที่อุดมด้วยเกล็ดเลือดในจังหวัดนครราชสีมา. มหาสารคามนครราชสีมาเวชสาร. 2565;5(2):13-20.
3. Zhongying Z, Traditional Chinese Medicine Internal Medicine. Beijing, China: Zhongguo zhongyiyao; 2008.
4. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 3] . เข้าถึงได้จาก: https://thairheumatology.org/phocadownload/36/Guideline_003.pdf
5. วรวิทย์ เล่าห์เรณู และคณะ. โรคข้อเสื่อม. กรุงเทพฯ: ธนบรรณการพิมพ์; 2546.
6. ฉัตรสุตา กานกายนต์, อภิรติ์ เจริญนุกูล, วิทยา วาโย. การชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์. 2563;26(1):5-17.
7. วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. กระดูกและข้อดูแลได้. นิตยสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ@Rama [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 4]; (21). เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/sites/default/files/public/issue/pdf/full/atRama21.pdf>
8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. ศาสตร์การแพทย์แผนจีนเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.

9. Mei L. Traditionnal Chinese Medicine Internal Medicine. Beijing, China: Zhongguo zhongyiyao; 2018.
10. โกวิท คัมภีรภาพ. ยาจีน. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2551.
11. Zaijun X. Evaluation of Curative Effect of Acupuncture and Moxibustion on 78 Cases of Knee Osteoarthritis. Traditional Chinese Medicine Clinical Research. 2014;6:50-1.
12. Jue W. Clinical Observation on Treating Knee Osteoarthritis with Acupuncture at Five Acupoints Behind the Knee [Dissertation]. Fuzhou: Fujian University of Traditional Chinese Medicine; 2014.
13. Wenhu W, Tang J. Modern Rehabilitation Evaluation of the Curative Effect of Electroacupuncture at Knee Eye Points for Knee Osteoarthritis. Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine. 2015;49(6):63-5.
14. Lixing W. Clinical study on fire acupuncture combined with electroacupuncture in the treatment of knee osteoarthritis [Dissertation]. Guangzhou: Fujian University of Traditional Chinese Medicine; 2016.
15. Rui W, Huaxin H, Jun Z. Clinical Observation on 60 Cases of Degenerative Knee Arthritis Treated by Warming Needle Moxibustion and Cupping. Heilongjiang Traditional Chinese Medicine. 2006;49(5):40-1.
16. Xianjin H. Observation on curative effect of acupuncture and moxibustion combined with rehabilitation guidance in the treatment of knee osteoarthritis. Guide to Traditional Chinese Medicine in China. 2014;12(36):235-6.
17. Lixing Z, Yanxing H, Wenran T. Efficacy evaluation of acupuncture combined with rehabilitation guidance in the treatment of knee osteoarthritis. Clinical Rehabilitation in China. 2005;9(31):149-51.
18. Sai M. Clinical Observation on the Treatment of Knee Osteoarthritis Using Giant Needles Combined with Functional Exercise [Dissertation]. Fuzhou: Fujian University of Traditional Chinese Medicine; 2008.
19. กীরติ เจริญชลวานิช. รู้จักโรคข้อเข่าเสื่อม อาการ สาเหตุ พร้อมแนวทางการรักษาอย่างถูกวิธี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 3]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.phyathai.com/th/article/3784-รู้จักโรคข้อเข่าเสื่อม>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร ของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ปิยะดา อาจประจัญ^a, วศินา จันทรศิริ^{**}, ศรัศกดิ์ สุนทรไชย^{***}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แผนกไตเทียม โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา 2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร ก่อนและหลังการให้โปรแกรม 3) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำกัดฟอสฟอรัส ก่อนและหลังการให้โปรแกรม 4) เปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังการให้โปรแกรม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีฟอสฟอรัสในเลือดมากกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 27 คน โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารซึ่งประยุกต์จากทฤษฎีของฟิชเชอร์และฮาร์แมน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำกัดฟอสฟอรัส วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55 ปีส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 61-70 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัวและมีโรคประจำตัวร่วม สาเหตุการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่เกิดจากโรคเบาหวาน ระยะเวลาเฉลี่ยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 14 ปี 2) ระดับคะแนนความรู้เรื่องการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำกัดฟอสฟอรัสเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 4) ระดับฟอสฟอรัสในเลือดมีค่าเฉลี่ยลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตเรื้อรังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม; โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร;
อาหารจำกัดฟอสฟอรัส

^{*} นักศึกษามหาบัณฑิต หลักสูตรการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^{**} รองศาสตราจารย์ ดร., สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^{***} รองศาสตราจารย์ ดร., สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^a Corresponding author: ปิยะดา อาจประจัญ E-mail: piyada.dietitian@gmail.com

รับบทความ: 24 ก.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 13 ต.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 15 ต.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 พ.ย. 66

Effects of Behavior Promotion Program for Dietary Phosphorus Control in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis

Piyada Artprajan^a, Vasina Chandrasiri^{**}, Sarisak Soontornchai^{***}

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to 1) study individual characteristics of chronic kidney disease (CKD) patients undergoing hemodialysis at the Hemodialysis Department of Samitivej Sriracha Hospital, 2) compare knowledge scores of their understanding of dietary phosphorus control before and after the introduction of behavior promotion program for dietary phosphorus control, 3) compare consumption behavior score of phosphorus-restricted foods before and after the program, and 4) compare blood phosphorus level before and after the program. The study group was chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis, with blood phosphorus level higher than 5 milligrams per deciliter. Behavior promotion program for dietary phosphorus control, adapted from Fisher and Harman's model, was introduced to a total of 27 individuals and lasted for 8 weeks. Tools used in data collection were questionnaire inquiring personal data, dietary phosphorus control knowledge test, and behavioral details regarding the consumption of phosphorus-restricted foods. Data analysis included frequencies, percentages, means, standard deviations and t-tests. Results revealed that 1) the study group aged 61-70 years old with an average age of 55 years old, were males, Buddhists, high school graduates, private business owners, and had other personal illnesses. Most of them underwent hemodialysis due to diabetes, with an average 14 years of hemodialysis 2) knowledge scores of their understanding of dietary phosphorus control after participating in the program significantly improved at $p=0.05$, 3) consumption behavior scores of phosphorus-restricted foods after participating in the program significantly improved at $p=0.05$, and lastly, 4) their blood phosphorus level was lower, with no statistical significance

^{*} Master's Degree in Food System Management for Nutrition, School of Human Ecology, Sukhothai Thammathirat Open University

^{**} Associate Professor, Dr., School of Human Ecology, Sukhothai Thammathirat Open University

^{***} Associate Professor, Dr., School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

^a Corresponding author: Piyada Artprajan E-mail: piyada.dietitian@gmail.com

Received: Sep. 24, 23; Revised: Oct. 13, 23; Accepted: Oct. 15, 23; Published Online: Nov. 14, 23

Keywords: Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis; Behavior promotion program; Phosphorus-restricted foods

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เมื่อเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ไตสูญเสียหน้าที่การทำงาน เกิดการการสะสมของเสีย น้ำ เกลือแร่ ไตไม่สามารถขับออกได้ จำเป็นต้องรับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีที่นิยมและมีประสิทธิภาพสูง โดยการขจัดของเสียและน้ำออกจากเลือดผ่านทางเครื่องฟอกไตเทียม ช่วยให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังสามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด⁽¹⁾ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมคือ การมีภาวะฟอสฟอรัสในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) เกิดจากการที่ไตทำหน้าที่ได้ลดลง จนไม่สามารถกำจัดฟอสฟอรัสออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลทำให้เกิดความไม่สบายตัวจากอาการคันเนื่องจากการมีสารสะสมของฟอสฟอรัสบริเวณผิวหนัง มีก้อนแคลเซียมเกาะบริเวณเนื้อเยื่อและหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ⁽²⁾

การควบคุมระดับของฟอสฟอรัสในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมคือ 2.7-4.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁽³⁾ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการจำกัดฟอสฟอรัสในอาหารเป็นหนึ่งวิธีที่จะช่วยป้องกันการคั่งของฟอสฟอรัสได้ แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร เนื่องจากฟอสฟอรัสพบได้ในอาหารเกือบทุกชนิด⁽⁴⁾ การได้รับความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการฟอกเลือด การสนับสนุนทางสังคม รวมไปถึงการให้ข้อมูลการจำกัดฟอสฟอรัสโดยพยาบาลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มาฟอกไตเป็นประจำ ทำให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหารได้ยาก การได้รับความรู้จากนักกำหนดอาหารที่เป็นผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ⁽⁵⁾ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเลือกอาหารที่ถูกต้อง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Fisher et al. ในปี 2003⁽⁶⁾ มาใช้ในการทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมอย่างเป็นปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษา

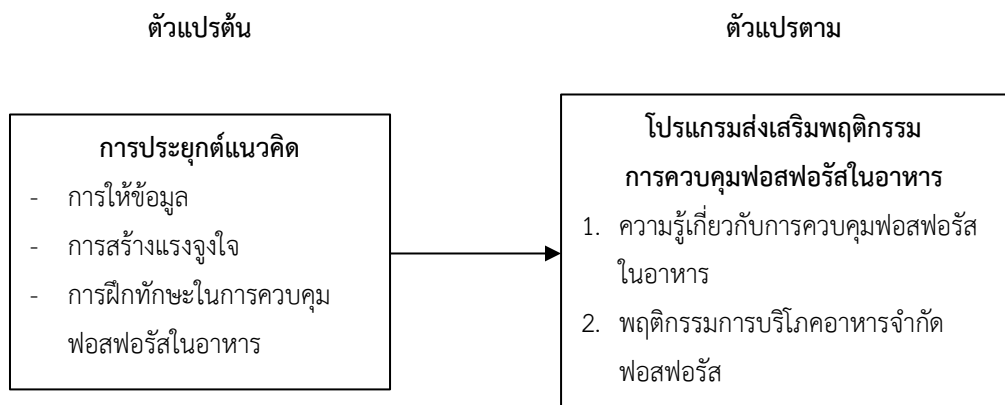
1. ศึกษาลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำกัดฟอสฟอรัสก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

4. เปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งด้านความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การฝึกพัฒนาทักษะต่างๆ ล้วนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการจัดโปรแกรมส่งเสริมการให้ความรู้กับผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในเลือดของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยังไม่พบการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การนำแนวคิดทฤษฎี Information-Motivation-Behavioral Skill (IMB Model)⁽⁶⁾ ที่เป็นรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้ ปรับพฤติกรรม มีผลทำให้เกิดความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่ความยั่งยืนของด้านพฤติกรรมได้ โดยมีกรอบแนวคิดวิจัยดังภาพที่ 1 ซึ่งมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกพัฒนาทักษะมาออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารดังแสดงในตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร

ตารางที่ 1 รายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร

แนวคิด IMB model	โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร
1. การให้ข้อมูล	สื่อการสอนที่ใช้คือ การนำเสนอ ภาพนิ่ง (Power point) โมเดลอาหาร (food model) รหัสคิวอาร์คู่มือฟอสฟอรัสในอาหาร ดัดแปลงเนื้อหาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา จากคู่มือแนะนำปริมาณฟอสฟอรัสในอาหารของ ญานฉิน เจี๋ยชัง⁽⁴⁾ เนื้อหาประกอบด้วย 1.1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตกับฟอสฟอรัส 1.2. ระดับฟอสฟอรัสในเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่พักเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1.3. วิธีการป้องกันการคั่งของฟอสฟอรัสในเลือด 1.4. การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการจำกัดอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ปริมาณฟอสฟอรัสที่ควรได้รับในแต่ละวัน ประเภทของฟอสฟอรัสที่พบในอาหาร การดูดซึมฟอสฟอรัส และปริมาณฟอสฟอรัสในหมวดหมู่ต่างๆ 1.5. การให้ความรู้เกี่ยวกับปริมาณฟอสฟอรัสในอาหารแต่ละหมวดหมู่ โดยใช้โมเดลอาหารและยกตัวอย่างปริมาณฟอสฟอรัสที่พบในเมนูอาหาร
2. การเสริมสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal motivation)	นักกำหนดอาหารโทรศัพท์ติดตามปัญหาอุปสรรคและให้กำลังใจผู้ป่วย 2.1 ให้กำลังใจ เสริมสร้างทัศนคติและความเชื่อที่ดีในการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร 2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารฟอสฟอรัสต่ำเป็นประจำ โดยผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ในการควบคุมปริมาณฟอสฟอรัสในอาหาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อมูล บอกถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร
3. แรงจูงใจทางสังคม (Social support)	ผู้วิจัยให้สมาชิกเขียนข้อความให้กำลังใจผ่านบอร์ดกิจกรรมเติมใจให้กันโดยการสร้างแรงจูงใจจากการมีส่วนร่วมของเพื่อนสมาชิก และการให้กำลังใจกันเพื่อให้มีกำลังใจและสร้างแรงบันดาลใจในการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา จำนวน 100 คนรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกปี พ.ศ 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แผนกไตเทียม โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา ในระหว่างเดือน 25 พฤษภาคม พ.ศ 2565-30 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 35 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าร่วม (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป, 2) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป, 3) ได้รับ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้ง/สัปดาห์, 4) มีค่าความเพียงพอการฟอกเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ KT/V มากกว่า 1.2, 5) มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดมากกว่า 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, 6) สามารถอ่านเขียนภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็นและการพูด, 7) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 8) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัยภายหลังได้รับคำชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย: STOUIRB2564/004.0811 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่พร้อมให้ข้อมูล 2) กลุ่มตัวอย่างไม่สนใจเข้าร่วมโครงการ หรือขอถอนตัวในระหว่างการดำเนินการวิจัย และเกณฑ์การหยุดโครงการวิจัย (Withdrawal criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล และ 2) กลุ่มตัวอย่างไม่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือขอถอนตัวในระหว่างการดำเนินการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักร้อยละ 25⁽⁷⁾ เนื่องจากจำนวนประชากรมีน้อยและกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่เฉพาะ และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษาวิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10⁽⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และข้อมูลสุขภาพโรคร่วมอื่นๆ สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2) แบบทดสอบความรู้เรื่องฟอสฟอรัสและการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 12 ข้อ โดยคำถามเป็นตัวเลือกตอบ 2 ตัวเลือก หากตอบถูกได้ 1 คะแนน หากตอบผิดได้ 0 คะแนน คิดคะแนนเป็นร้อยละดังนี้ คะแนนระหว่างร้อยละ 80-100 หมายความว่า มีความรู้ระดับดี คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9 หมายความว่า มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 0-59.9 หมายความว่า มีความรู้ระดับต่ำ

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดหมู่ฟอสฟอรัสของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติ ข้อความที่เป็นบวกจะให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ และข้อความที่เป็นลบจะให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ คิดคะแนนดังนี้

คะแนน 84.1-100.0 หมายความว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟอสฟอรัสในระดับมากที่สุด

คะแนน 68.1-84.0 หมายความว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟอสฟอรัสในระดับมาก

คะแนน 52.1-68.0 หมายความว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟอสฟอรัสในระดับปานกลาง

คะแนน 36.1-52.0 หมายความว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟอสฟอรัสในระดับน้อย

คะแนน 20.0-36.0 หมายความว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟอสฟอรัสในระดับน้อยที่สุด

4) ระดับฟอสฟอรัสในเลือด

ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยมาตรฐานโรงพยาบาลจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจระดับฟอสฟอรัสทุกๆ 2 เดือน โดยพยาบาลประจำหน่วยไตเทียมและนำส่งตรวจห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล ค่าปกติของฟอสฟอรัสในเลือดคือ 2.7-4.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁽³⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านตรวจสอบความตรงของโครงสร้างเนื้อหา (Content validity) 3 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว คณะผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติมเพื่อความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่าความตรง เท่ากับ 0.92 แสดงว่า แบบสอบถามสามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดชลบุรี โดยนำมาหาความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88 ซึ่งมีความมากกว่า 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงโดยการทดสอบค่า t แบบ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการเลขที่ STOUIRB2564/004.0811 และผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดต่างๆของโครงการให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธหรือขอยุติการทำวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 27 คน มีอายุเฉลี่ย 55 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี อายุน้อยสุด 27 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.4 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 40.7 มีโรคประจำตัวร่วมด้วยร้อยละ 85.2 เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเกาต์ โรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต เป็นต้น สาเหตุการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 48.1 ระยะเวลาเฉลี่ยรวมฟอกไต 14 ปี และกลุ่มตัวอย่างใช้เส้นเลือดจริงในการฟอกเลือด (AVF) ร้อยละ 74.1

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คะแนนความรู้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 7.04 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 46.93 หมายถึงมีระดับความรู้ในระดับต่ำ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 10.33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 68.87 หมายถึงมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคฟอสฟอรัสในอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนความรู้เรื่องฟอสฟอรัสและการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนความรู้เรื่องฟอสฟอรัสและ การควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร	$\bar{x}$	ร้อยละ	SD	ระดับความรู้	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.04	46.93	2.24	ต่ำ	-8.58	0.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	10.33	68.87	1.73	ปานกลาง		

* p-value<0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำกัดฟอสฟอรัสก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดหมู่ฟอสฟอรัสเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 48.07 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟอสฟอรัสในระดับน้อย หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดหมู่ฟอสฟอรัสเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44.15 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดหมู่ที่มีฟอสฟอรัสอยู่ในเกณฑ์น้อย จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดหมู่ฟอสฟอรัสหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคฟอสฟอรัสในอาหารมีคะแนนเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดหมู่ฟอสฟอรัส ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนพฤติกรรมการบริโภค อาหารหมวดหมู่ฟอสฟอรัส	$\bar{x}$	ร้อยละ	SD	ระดับ พฤติกรรม	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	48.07	7.40	ต่ำ	48.07	3.43	0.002*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	44.15	7.68	ต่ำ	44.15		

* p-value<0.05

4. เปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ระดับฟอสฟอรัสในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.66 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับฟอสฟอรัสเฉลี่ยเท่ากับ 6.41 แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสเฉลี่ยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับฟอสฟอรัสในเลือด	$\bar{x}$	SD	ระดับฟอสฟอรัส	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.66	1.38	สูง	1	0.067
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.41	1.74	สูง		

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. การศึกษาลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการฟอกเลือด ประเด็นที่น่าสนใจในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังสามารถพบได้กับทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 27 คน เป็นผู้มีอายุน้อยสุด 27 ปี และอายุมากที่สุด 82 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า โรคประจำตัวที่พบร่วมมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา สุทธิศักดิ์ภักดี⁽⁹⁾ และ Jamilah M. et al.⁽¹⁰⁾ ระยะเวลาที่ฟอกเลือดในการศึกษาครั้งนี้เฉลี่ยรวม 14 ปี แตกต่างจากการศึกษาของ Jamilah M et al.⁽¹⁰⁾ และจักรกฤษณ์ วังราชภู่⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ระยะเวลาฟอกไตเฉลี่ยเท่ากับ 8 ปี และ 4.5 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่ฟอกเลือดผ่านเส้นฟอกจริงมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ Saemu⁽¹²⁾ ที่นิยมใช้เส้นเลือดจริงในการฟอกเลือด

2. การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 7.04 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 46.93 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pafil et al.⁽¹³⁾ พบว่า มีระดับคะแนนความรู้เรื่องฟอสฟอรัสในอาหารของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะคิดว่า ฟอสฟอรัสจะถูกกำจัดทุกครั้งที่มาฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม ไม่ทราบปริมาณฟอสฟอรัสที่ควรได้รับในแต่ละวัน และไม่ทราบเกี่ยวกับอาหารที่ผ่านการแปรรูปสามารถดูดซึมฟอสฟอรัสกลับได้มากกว่าร้อยละ 90 เมื่อเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง การที่ผู้วิจัยดัดแปลง

โปรแกรมให้เหมาะสมตามบริบทการสอน ได้แก่ การจัดทำเนื้อหาและภาพให้มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลและรักษาด้วยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่องเป็นเวลานาน การให้ข้อมูลความรู้ที่มีความจำเพาะเจาะจงและส่งเสริมกระตุ้นให้ควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Milazi et al.⁽¹⁴⁾ ที่ว่าประสิทธิผลของการให้คำแนะนำส่งเสริมความรู้หรือพฤติกรรมในการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถจำกัดฟอสฟอรัสในอาหารได้และช่วยทำให้ผู้ป่วยมีระดับฟอสฟอรัส ในเลือดได้ดีขึ้น และในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร ผู้วิจัยได้มีการให้กำลังใจ เสริมแรงใจให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยการติดตามหลังจากให้ข้อมูลความรู้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไข นับเป็นแรงผลักดันในการนำความรู้ไปปรับพฤติกรรมควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร พร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติและความเชื่อที่ดีในการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร กระตุ้นให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารฟอสฟอรัสต่ำเป็นประจำ ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ในการควบคุมปริมาณฟอสฟอรัสในอาหาร นอกจากนั้นยังการสร้างแรงจูงใจจากการมีส่วนร่วมของเพื่อนโดยการให้เพื่อนเสริมกำลังใจให้กันในการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารผ่านบอร์ดเติมใจให้กัน

3. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำกัดฟอสฟอรัสก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 48.07 คะแนน หมายถึง มีการบริโภคอาหารฟอสฟอรัสอยู่ในระดับน้อย และคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 44.15 คะแนน หมายถึง มีการบริโภคอาหารฟอสฟอรัสอยู่ในระดับน้อย ซึ่งคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสลดลงหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารฟอสฟอรัสอยู่ในระดับน้อยทั้งก่อนและหลังอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังฟอกเลือดมาเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปมีการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริธัญญา กลับเจริญ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ระยะเวลาก่อนฟอกเลือดมากกว่า 3 ปีขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีสามารถปรับตัวให้อยู่กับการฟอกเลือดได้ดีขึ้น โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้สามารถแก้ไขปัญหาด้านการบริโภคอาหารได้ดี⁽¹³⁾ รวมถึงทำให้สามารถควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารได้ดีจากการเลือกรับประทานอาหารที่มาจากธรรมชาติมากกว่าอาหารแปรรูปที่มีการเติมแต่งฟอสฟอรัสสังเคราะห์⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของของสุนันทา สุทธิศักดิ์ภักดีและคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า คะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีระยะเวลาก่อนฟอกไตมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในทางบวกในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาฟอกไตเฉลี่ย 14 ปี ซึ่งมีระยะเวลานานและสามารถปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมในการควบคุมอาหารจำกัดฟอสฟอรัสได้ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาทักษะในการฝึกเลือกเครื่องปรุงหรือวัตถุดิบที่มีฟอสฟอรัสต่ำจากภาพพลิก ฝึกคัดแปลงอาหารและขนมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฝึกการเลือกเมนูอาหารฟอสฟอรัสต่ำในสถานการณ์ต่างๆ เช่น เมื่อออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน

ควรจำกัดการเติมซอส เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีฟอสฟอรัสต่ำ เลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูป โดยการพัฒนาพฤติกรรมนั้นให้ดีขึ้นจนนำไปสู่การคิดไตร่ตรอง การตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร การรับประทาน อาหารตามใจตนเองเลือกอาหารที่ตนเองชอบ การปรุง การประกอบอาหารสามารถกำหนดชนิดอาหาร และปริมาณอาหาร กำหนดความถี่ในการเลือกรับประทานอาหารได้จนเกิดความเคยชินกลายเป็นบริโภคนิสัย ได้นั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีฟอสฟอรัสเป็นองค์ประกอบทั้งแบบฟอสฟอรัสที่มีอยู่ในธรรมชาติ และฟอสฟอรัสในรูปแบบสังเคราะห์⁽⁴⁾ ซึ่งต้องอาศัยการจดจำเนื่องจากฟอสฟอรัสพบได้ในอาหารเกือบทุกชนิด และหลายหมวดหมู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ผู้วิจัยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการฝึกทักษะ การเลือกรับประทานอาหารฟอสฟอรัสต่ำเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันกับผู้ป่วย ซึ่งแรงสนับสนุน และเสริมแรงจูงใจทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมรับประทานอาหารได้ อย่างเหมาะสม การได้รับคำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ จะต้องเข้าใจปัญหา และบริบทผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จนทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารได้ดีขึ้น อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ribeiro et al.⁽¹⁶⁾ ที่ว่าการให้คำแนะนำการรับประทานอาหาร เป็นรายบุคคลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน พฤติกรรมรับประทานอาหารดีขึ้นหลังได้รับคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การศึกษาเปรียบเทียบระดับฟอสฟอรัสในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ระดับฟอสฟอรัสในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยระดับฟอสฟอรัสในเลือดเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 6.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังได้รับ โปรแกรมเท่ากับ 6.41 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หมายถึงมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูง (>5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา ชาญวิกรัยและคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ด้านโภชนาการต่อภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาในรายด้านของฟอสฟอรัสพบว่าระดับฟอสฟอรัสในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของ Sullivan et al.⁽¹⁸⁾ ที่ทำการศึกษาผลการจำกัดฟอสฟอรัสในอาหารที่มีการเติมฟอสฟอรัสพบว่า ระดับฟอสฟอรัสในเลือด ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Fung et al.⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลการให้ความรู้ ต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าระดับฟอสฟอรัสในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารเป็นเพียงวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดการคั่งของฟอสฟอรัส ในเลือด หากผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสที่มาจากธรรมชาติจะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้เพียง ร้อยละ 40-60 แต่หากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เป็นอาหารสังเคราะห์ แปรรูป จะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ได้มากถึงร้อยละ 90⁽⁷⁾ จากการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับฟอสฟอรัสในอาหารผู้ป่วยมีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ และส่วนใหญ่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้คุ้นชินกับพฤติกรรมการกินแบบเดิม ที่เคยปฏิบัติ การศึกษาที่พบว่ามีระดับฟอสฟอรัสในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา

ในการศึกษานาน 3-6 เดือน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะสั้น หากมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มระยะเวลาที่นานขึ้น อาจส่งผลดีต่อผู้ป่วย และการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่สามารถทำให้ระดับฟอสฟอรัสลดลงได้ ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาจับฟอสเฟต อย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีร่วมด้วย รวมถึงได้รับการฟอกเลือดเพียงพอน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์จะช่วยลดการคั่ง ของฟอสฟอรัสในเลือดได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหารในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรนำมาใช้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผล และติดตามเป็นระยะ กระตุ้นและส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ให้เหมาะสมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แบบยั่งยืนซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาเข้าร่วม โครงการวิจัยรวมทั้งสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนให้การทำวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. ศยามล สุขชา. ไตวายระยะสุดท้าย...การรักษาแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะเภสัช ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ธ.ค. 23]. เข้าถึงได้จาก: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/415>
2. Medical Advisory Committee. High phosphorus (hyperphosphatemia) [Internet]. Rockville: American Kidney Fund; 2021 [cited 2021 Dec 15]. Available from: <https://www.kidneyfund.org/living-kidney-disease/health-problems-caused-kidney-disease/high-phosphorus-hyperphosphatemia>
3. ชัยรัตน์ ฉายากุล, บรรณาธิการ. ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา; 2557.
4. ญานินี เจริญชัย. คู่มือแนะนำปริมาณฟอสฟอรัสในอาหาร. กรุงเทพฯ: เฟรเซนีอุส คาบี; 2556.
5. Kawate Y, Miyata H. The importance of nutritional intervention by dietitians for hyperphosphatemia in maintained hemodialysis patients. Renal Replacement Therapy [internet]. 2017 [cited 22 Dec 2021]; 3: 1-13. Available from: <https://rrtjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41100-017-0095-x>

6. Fisher AW, Fisher DJ, Harman JJ. The Information–Motivation–Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior. In: Suls J, Wallston AK, editors. Social Psychological Foundations of Health and Illness. United Kingdom: Blackwell; 2003. 82-106.
7. ปธาน สุวรรณมงคล. การออกแบบวิจัย. ใน: อารมย์ ฤกษ์น้อย. ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ชั้น 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559. 1-32.
8. รัชนิกร ราชวัฒน์. ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ชลบุรี; มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550
9. สุนันทา สุทธิศักดิ์ภักดี, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, จงจิต เสน่หา, สุขาย ศรีทิพวรรณ. ปัจจัยทำนายความผิดปกติของผลคูณแคลเซียมและฟอสเฟตในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารพยาบาลศาสตร์. 35(3):36-45.
10. Hashemi JM, Al-Zaeem SMA. Effect of nutritional educational program to control hyperkalemia, hyperphosphatemia and phosphate on binder hemodialysis patients. International Journal of Current Research. 2019;11(3):1817-20.
11. จักรกฤษณ์ วัชรราชภูริ, กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม, สุวินัย แสงโย, ศศิณัฐ พงษ์ธรรม, นิภาภรณ์ ปิ่นมาศ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(4):625-35.
12. Saemu S, Kritpracha B, Premprabha D, Tantarattanapong W, Juntarapatin P. Pattern of Initial Permanent Vascular Access in New Hemodialysis Patients in Songklanagarind hospital. Journal of the Association of General Surgeons of Thailand under the Royal Patronage of HM the King. 2017; 2(36):35-48.
13. Pafili Z, Maridaki M, Giannaki CD, Karatzaferi C, Liakopoulos V, Eleftheriadis T, Stefanidis I, Sakkas GK. Phosphorus nutritional knowledge among dialysis health care providers and patients: A multicenter observational study. Clin Nutr ESPEN. 2019 Jun;31:33-37. doi: 10.1016/j.clnesp.2019.03.005.
14. Milazi M, Bonner A, Douglas C. Effectiveness of educational or behavioral interventions on adherence to phosphate control in adults receiving hemodialysis: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017 Apr;15(4):971-1010. doi: 10.11124/JBISRIIR-2017-003360.

15. ศิริธัญญา กลับเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการปฏิบัติด้านอาหารแรงสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โภชนศาสตร์)]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
16. Vaz de Melo Ribeiro P, Miranda Hermsdorff HH, Balbino KP, de Paula Santos Epifânio A, de Paula Jorge M, Bandeira Moreira AV. Effect of a Nutritional Intervention, Based on Transtheoretical Model, on Metabolic Markers and Food Consumption of Individuals Undergoing Hemodialysis. J Ren Nutr. 2020 Sep;30(5):430-439. doi: 10.1053/j.jrn.2019.12.004.
17. ยุพา ชาญวิกรัย, จักกนภษณ์ วัชรราชณ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการต่อภาวะโภชนาการและการรับประทานอาหารใน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลพะเยา ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2561; 16(3):30-40.
18. Sullivan C, Sayre SS, Leon JB, Machekano R, Love TE, Porter D, Marbury M, Sehgal AR. Effect of food additives on hyperphosphatemia among patients with end-stage renal disease: a randomized controlled trial. JAMA. 2009 Feb 11;301(6):629-35. doi: 10.1001/jama.2009.96.
19. Fung YK, Low LC, Lye CW. Patient education and its effects on calcium-phosphate balance in hemodialysis patients. Hemodialysis International. 2003;7(1):73-104.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วุฒิชัย แปนทอง, พ.บ., ส.ม.^{*a}, รัตนา สายยศ, พย.บ.^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Case-control study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือเวชระเบียน (HosXP) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างปีงบประมาณ 2562-2564 โดยพิจารณาจากสัดส่วนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1:1 รวมทั้งหมด 276 คน เก็บข้อมูลแบบย้อนหลังใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-square test) และ Odds ratio

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 55.80 มีอายุอยู่ระหว่าง 27-99 ปี ($\bar{X}$ =67.17, SD=13.01) ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 46.38 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.83 ดื่มน้ำสุรา จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.20 มีประวัติความดันโลหิตสูง จำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.36 โรคเบาหวาน จำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.29 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ (OR=1.89; 95% CI=1.16-3.09) ประวัติการดื่มน้ำสุรา (OR=2.52; 95% CI=1.51-4.22) ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (OR=2.681; 95% CI=1.384-5.193) ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน (OR=1.821; 95% CI=1.038-3.193) ประวัติการเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (OR=1.905; 95% CI=1.180-3.074) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)>7 % (OR=1.738, 95% CI=1.033-2.923) และระดับไขมันเอชดีแอล (HDL)<40 mg/dl (OR=1.682, 95% CI 1.017-2.783)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง; โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์

^a Corresponding author: วุฒิชัย แปนทอง Email: winwuttin@hotmail.com

รับบทความ: 27 ก.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 23 ต.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 24 ต.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 พ.ย. 66

Factors Associated with Cerebrovascular Disease in Patients with Diabetes and Hypertension at Srinarong Hospital

Wutthichai Panthong, M.D., MPH^{*a}, Rattana Saiyot, B.N.S.^{**}

Abstract

The objective of this case-control research study was to examine factors associated with stroke in patients with diabetes and hypertension at Srinarong hospital, Surin province. Samples were consisted of patients with diabetes and hypertension retrieved from the hospital's medical records (HosXP) admitted to the hospital during 2019-2021 fiscal years by considering the proportion of factors causing stroke in patients with diabetes and hypertension of 1:1. A total samples of 276 patients were included in this study. was used with retrospective data collection method. Retrospective data collection was utilized and analyzed using descriptive statistics: frequencies, percentages, means, standard deviations and inferential statistics including Chi-square tests and odds ratio.

Results showed that the majority of stroke patients were males (n=77; 55.80%) and aged between 27-99 years ($\bar{X}$ =67.17, SD=13.01). The majority were farmers (n=57; 41.30%). There were 64 persons with a normal body mass index (BMI) (46.38%). There were 46 persons (47.83%) who had ever smoked and 61 persons (44.20%) who drinks alcohol. There were 104 persons (75.36%) with history of high blood pressure and 97 persons (70.29%) with a history of diabetes. Factors associated with stroke in patients with chronic non-communicable diseases included smoking history (OR=1.89; 95% CI=1.16-3.09), alcohol drinking history (OR= 2.52; 95% CI=1.51-4.22), history of high blood pressure (OR=2.681; 95% CI=1.384-5.193), history of diabetes (OR=1.821; 95% CI=1.038-3.193), history of hyperlipidemia (OR=1.905; 95% CI=1.180-3.074), accumulated blood sugar level (HbA1c) >7% (OR=1.738, 95% CI = 1.033-2.923), and HDL cholesterol level<40 mg/dl (OR=1.682, 95% CI 1.017-2.783).

Keywords: Stroke; Diabetes and hypertension; Relating factors

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Srinarong Hospital, Surin Province

^{**} Registered Nurse, Senior Professional Level, Srinarong Hospital, Surin Province

^a Corresponding author: วุฒิชัย แป้นทอง Email: winwuttin@hotmail.com

Received: Sep. 27, 23; Revised: Oct. 23, 23; Accepted: Oct. 24, 23; Published Online: Nov. 23, 23

บทนำ

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไว้ 8 ปัจจัยดังนี้ 1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) โรคเบาหวาน 3) ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง 4) ประวัติขาดสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) ขาดการออกกำลังกาย 6) ภาวะน้ำหนักเกิน 7) สูบบุหรี่ และ 8) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ⁽¹⁾ และจากรายงานขององค์การอัมพาตโลกพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.50 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.70 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปี ขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 รายในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 รายและจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย⁽²⁾

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด และทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบหรือตันและหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบมานานอาจเรียกว่าโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ หรือ CVA (Cerebrovascular accident) หรือ CVD (Cerebrovascular disease) ในอดีตโรคหลอดเลือดสมองตามความหมายและคำนิยามเดิมของ The World Health Organization (WHO)⁽³⁾ คือความผิดปกติของกลุ่มอาการทางระบบประสาทเฉพาะที่ที่เกิดขึ้นเฉียบพลันหรือทันทีทันใดและอาการนั้นคงอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมงโดยที่สาเหตุของความผิดปกติของอาการทางระบบประสาทนั้นเกิดขึ้นจากความผิดปกติของหลอดเลือดโดยที่ไม่รวมถึงสาเหตุอื่น โดยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองแตกคือ ร้อยละ 80 และร้อยละ 20 ตามลำดับ

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁴ แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญปัจจัยหนึ่ง เนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้นและมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ ด้านเพศ พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง พันธุกรรมและประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุน้อยมักมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตามมามากกว่าคนปกติ ด้านชาติพันธุ์ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองพบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ ไม่ว่าจะเป็นด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม หรือการเข้ายา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญรองจากอายุ โรคเบาหวาน

พบว่าผู้ที่เป็โรคเบาหวานมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่า ของคนปกติภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงการเกิดโรคนี้มากถึง 1.5 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือโรคลิ้นหัวใจต่างๆ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ดื่มสุรา การใช้ยาคุมกำเนิด โรคอ้วน รวมถึงการพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น

อาการและอาการแสดง⁽⁴⁾ อาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองมักจะแสดงอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วสามารถพบอาการได้หลากหลายรูปแบบขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้าย เป็นต้น อาการชาหรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง ปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด ปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะ เหนียวล้น การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเองหรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) ซึ่งพบได้ประมาณ 15% การวินิจฉัย ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนคือ การซักประวัติเพื่อคัดกรองและหาปัจจัยเสี่ยงรวมถึงซักอาการต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งตรวจร่างกายทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือดต่างๆ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมอง

ประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5-2 เท่าตัว โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า และความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า⁽¹⁾

โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในปัจจุบัน (ตุลาคม 2560-สิงหาคม 2564) มีผู้มารับบริการที่คลินิกพิเศษรวม 3,116 คน พบว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 207 คน โดยในปีงบประมาณ 2561-2563 พบความชุกโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 56,75,76 ตามลำดับ และอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 100 คน โดยในปีงบประมาณ 2561-2563 พบความชุกโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 26,41,33 คน ตามลำดับ ถึงแม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองพบได้ในทุกกลุ่มประชากรก็ตาม แต่พบอุบัติการณ์สูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้การป้องกันแต่เนิ่น ๆ ก่อนที่จะเกิดโรคขึ้นย่อมมีความสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจสุขภาพประจำปี

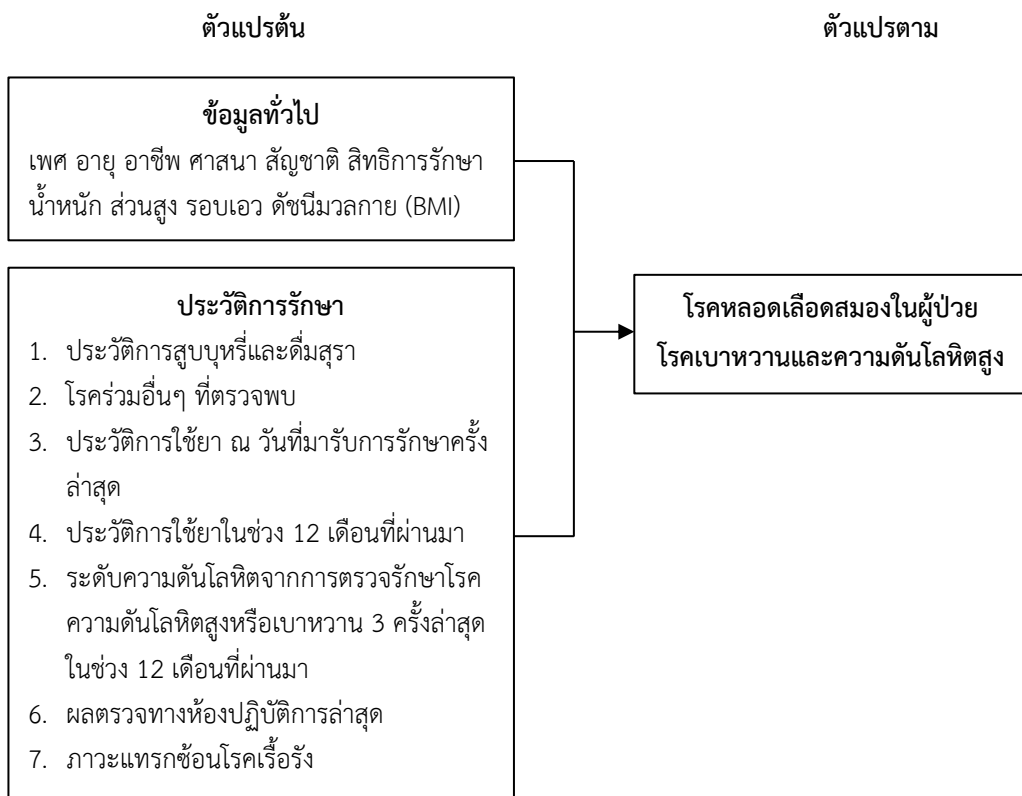
การตรวจเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หรือแม้แต่ผู้ที่มีภาวะปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อยู่แล้ว การควบคุมปัจจัยเหล่านั้นให้ดีก็สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะรวบรวมข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งผลการวิจัยนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานควบคุม ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Case-control study เก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ในระหว่างปีงบประมาณ 2562-2564 (ตุลาคม พ.ศ. 2561-สิงหาคม พ.ศ. 2564) โดยมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 207 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 20 ปี
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรค เบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง ทั้งที่มีและไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีเลขที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital number: HN) แต่ไม่พบเวชระเบียนหรือเอกสารการรักษาพยาบาล หรือไม่ปรากฏข้อมูลการรักษาพยาบาลในฐานข้อมูลของระบบเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์
2. ผู้ป่วยที่ขาดนัดติดตามการรักษาในวันที่เก็บข้อมูลและไม่สามารถติดตามตัวให้มารักษาต่อเนื่องได้

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Openepi⁽⁵⁾ คำนวณ Sample size for unmatched case-control study กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 จำนวนขนาดตัวอย่างโดยพิจารณาจากสัดส่วนของปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1:1 พบว่าขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมด 276 คน จำแนกเป็นกลุ่มศึกษา (Cases) เท่ากับ 138 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Controls) เท่ากับ 138 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำข้อมูลจาก จากเวชระเบียน (HosXP) นำมาบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล ปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและดัดแปลงมาจาก ราม รังสิษฐ์และคณะ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สัญชาติ สิทธิการรักษา น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว BMI ลักษณะข้อความคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำตอบแบบสั้น และตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวน 44 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ส่วนที่ 2 โรคร่วมอื่นๆ ส่วนที่ 3 ประวัติการเข้ายา

ณ วันที่มารับการรักษาครั้งสุดท้าย ประกอบด้วย ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาลดไขมันในเลือด ส่วนที่ 4 ประวัติการใช้ยาในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม ACEI หรือ ARB และผู้ป่วยได้รับกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด ส่วนที่ 5 ระดับความดันโลหิตจากการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย ครั้งล่าสุด ครั้งก่อนหน้า และ 2 ครั้งก่อนหน้า ส่วนที่ 6 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าสุด จำนวน 17 ข้อ และส่วนที่ 7 ภาวะแทรกซ้อนโรคเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำตอบแบบสั้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อคุณภาพเบื้องต้น โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พบว่าได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละส่วน อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 ทุกข้อ ผู้วิจัยจึงเลือกไว้ทั้งหมด จากนั้นไปทดลองเครื่องมือ โดยใช้ผู้ทบทวนเวชระเบียนจำนวน 3 คน ทบทวนเวชระเบียนเดียวกันและวิเคราะห์ผลความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นของผู้ประเมินเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจฐานข้อมูล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากเวชระเบียน (HosXP) จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2562-2564 แยกรายชื่อและหมายเลขประจำตัวของกลุ่มศึกษา (ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีโรคหลอดเลือดสมอง) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่มีโรคหลอดเลือดสมอง)
2. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มศึกษา ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยขึ้นมาทีละใบจนครบจำนวนที่ต้องการของแต่ละกลุ่ม
3. ผู้วิจัยรวบรวมและค้นหารายชื่อและหมายเลขประจำตัว โดยการค้นประวัติในห้องเวชระเบียน
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากเวชระเบียน มาบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในวันที่มารับการรักษาเพิ่มเติม
5. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในระหว่างมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในครั้งล่าสุด และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยแล้ว เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

บทความวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ SURINPHO REC No 0013/2564 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2564 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยระหว่างมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในครั้งล่าสุด โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย

การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการวิจัยได้ตลอดเวลา หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยพรรณนา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายงานผลเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะการกระจายข้อมูลของข้อมูล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ คือ Pearson's Chi-square แสดงค่าความสัมพันธ์ เป็น Odds ratio และ 95% Confidence interval โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 55.80 มีอายุอยู่ระหว่าง 27-99 ปี ($\bar{X}=67.17$, $SD=13.01$) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 41.30 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 46.38 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.83 ดื่มสุรา จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.20 มีประวัติความดันโลหิตสูง จำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.36 โรคเบาหวาน จำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.29 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามตัวแปร ($n=276$)

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=138$)		กลุ่มศึกษา ($n=138$)	
	n	%	n	%
1. เพศ				
ชาย	70	50.72	77	55.80
หญิง	68	49.28	61	44.20
2. อายุ				
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	68.94±12.44		67.17±13.01	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	70 (35-95)		68 (27-99)	
3. อาชีพ				
เกษตรกร	64	46.38	57	41.30
ข้าราชการ	12	8.70	10	7.25
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	60	43.48	70	50.72
พระ	2	1.45	1	0.72

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามตัวแปร (n=276)

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=138)		กลุ่มศึกษา (n=138)	
	n	%	n	%
4. การนับถือศาสนา - พุทธ	138	100.00	138	100.00
5. สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	116	84.06	110	79.71
จ่ายตรง/สวัสดิการข้าราชการ	20	14.49	24	17.39
ชำระเงินเอง	2	1.45	4	2.90
6. น้ำหนักล่าสุดภายใน 12 เดือน				
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	52.9±6.18		54.9±5.32	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	58 (28-98)		57 (26-89)	
7. BMI (กก./ม. ²)				
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	21.6±0.44		20.3±0.39	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	21.33 (13.3-33.9)		20.42 (15.5-32.7)	
<18.5 (น้ำหนักตัวน้อย)	35	25.36	24	17.39
18.5-22.9 (ปกติ)	57	41.30	64	46.38
23.0-24.9 (น้ำหนักเกินประเภท 1)	40	28.99	31	22.46
25.0-29.9 (น้ำหนักเกินประเภท 2)	31	22.46	34	24.64
≥30.0 (โรคอ้วน)	10	7.25	9	6.52
รวม	138	100.00	138	100.00

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ผลการศึกษาพบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ (OR=1.89; 95% CI=1.16-3.09) ประวัติการดื่มสุรา (OR=2.52; 95% CI=1.51-4.22) ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (OR=2.681; 95% CI=1.384-5.193) ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน (OR=1.821; 95% CI=1.038-3.193) ประวัติการเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (OR=1.905; 95% CI=1.180-3.074) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)>7% (OR=1.738, 95% CI=1.033-2.923) และระดับไขมันเอชดีแอล (HDL)<40 mg/dl (OR=1.682, 95% CI 1.017-2.783) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำแนกตามปัจจัยรายด้าน (n=276)

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มศึกษา		X ² (df)	p	OR	95% CI
	n	%	n	%				
ข้อมูลทั่วไป								
1. เพศ								
ชาย	70	50.72	77	55.80	0.713	0.398	1.226	0.764-
หญิง	68	49.28	61	44.20	(1)			1.969
2. อายุ								
<60 ปี	34	24.60	40	29.00	0.665	0.415	1.248	0.732-
≥60 ปี	104	75.90	98	71.00	(1)			2.130
3. BMI								
<25 กก./ม. ²	84	60.90	97	70.30	2.713	0.100	1.521	0.992-
≥25 กก./ม. ²	54	39.10	41	29.70	(1)			2.508
ประวัติการสูบบุหรี่-ดื่มสุรา								
1. ประวัติการสูบบุหรี่								
สูบ	45	32.61	66	47.83	6.646	0.010*	1.894	1.163-
ไม่สูบ	93	67.39	72	52.17	(1)			3.086
2. ประวัติการดื่มสุรา								
ดื่ม	33	23.91	61	44.20	12.648	0.000*	2.521	1.505-
ไม่ดื่ม	105	76.09	77	55.80	(1)			4.221
ประวัติโรคร่วมอื่นๆ								
1. โรคความดันโลหิตสูง								
พบ	123	89.13	104	75.36	8.958	0.000*	2.681	1.384-
ไม่พบ	15	10.87	34	24.64	(1)			5.193
2. โรคเบาหวาน								
พบ	112	81.16	97	70.29	4.435	0.035*	1.821	1.038-
ไม่พบ	26	18.84	41	29.71	(1)			3.193
3. ภาวะไขมันในเลือดสูง								
พบ	83	60.14	61	44.20	7.028	0.008*	1.905	1.180-
ไม่พบ	55	39.86	77	55.80	(1)			3.074

* p<0.05

**ตาราง 2 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำแนกตามปัจจัยรายด้าน (n=276)**

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มศึกษา		X ² (df)	p	OR	95% CI
	n	%	n	%				
4. โรคเกาต์								
พบ	17	12.30	10	7.20	2.012	0.156	1.798	0.792-
ไม่พบ	121	87.70	128	92.80	(1)			4.082
5. โรคไต								
พบ	32	23.20	25	18.10	1.083	0.298	1.365	0.759-
ไม่พบ	106	76.80	113	81.90	(1)			2.453
6. Microalbuminuria								
พบ	5	3.60	3	2.20	0.515	0.473	1.692	0.396-
ไม่พบ	133	96.40	135	97.80	(1)			7.221
7. Macroalbuminuria								
พบ	1	0.70	2	1.40	0.337	0.562	0.496	0.044-
ไม่พบ	137	99.30	136	98.60	(1)			5.538
8. Atrial Fibrillation (AF)								
พบ	11	8.00	7	5.10	0.951	0.329	1.621	0.609-
ไม่พบ	127	92.00	131	94.90	(1)			4.313
ประวัติการใช้ยา ณ วันที่มารับการตรวจรักษาครั้งสุดท้าย								
1. ยารักษาโรคเบาหวาน								
ได้รับ	36	26.10	42	30.40	0.643	0.422	0.807	0.477-
ไม่ได้รับ	102	73.90	96	69.60	(1)			1.364
2. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง								
ได้รับ	90	65.20	78	56.50	2.190	0.139	1.442	0.887-
ไม่ได้รับ	48	34.80	60	43.50	(1)			2.344
3. ยาลดไขมันในเลือด								
ได้รับ	90	65.20	96	69.60	0.594	0.441	1.219	0.736-
ไม่ได้รับ	48	34.80	42	30.40	(1)			2.018
ประวัติการใช้ยาช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา								
1. ยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม ACEI หรือ ARB								
ได้รับ	51	37.00	41	29.70	1.630	0.202	1.387	0.839-
ไม่ได้รับ	87	63.00	97	70.30	(1)			2.293

**ตาราง 2 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำแนกตามปัจจัยรายด้าน (n=276)**

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มศึกษา		X ² (df)	p	OR	95% CI
	n	%	n	%				
2. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด								
ได้รับ	33	22.90	31	22.50	0.081	0.775	1.085	0.620-
ไม่ได้รับ	105	76.10	107	77.50	(1)			1.898
ประวัติระดับความดันโลหิตจากการตรวจ 3 ครั้งล่าสุด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา								
1. ความดันโลหิตครั้งล่าสุด								
<140/90 mmHg	27	19.60	33	23.90	0.767	0.381	1.292	0.728-
≥140/90 mmHg	111	80.40	105	76.10	(1)			2.295
2. ความดันโลหิตครั้งก่อนหน้า								
<140/90 mmHg	25	18.10	30	21.70	0.568	0.451	1.256	0.694-
≥140/90 mmHg	113	81.90	108	78.30	(1)			2.271
3. ความดันโลหิต 2 ครั้งก่อนหน้า								
<140/90 mmHg	15	10.90	24	17.40	2.419	0.120	1.726	0.863-
≥140/90 mmHg	123	89.10	114	82.60	(1)			3.454
ประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ								
1. Dtx หรือ FBS								
>130 mg/dl	96	69.60	105	76.01	1.483	0.223	1.392	0.817-
<130 mg/dl	42	30.40	33	23.90	(1)			2.373
2. HbA1C								
>7%	50	36.23	34	24.64	4.381	0.036*	1.738	1.033-
<7%	88	63.77	104	75.36	(1)			2.923
3. Triglyceride								
>150 mg/dl	82	59.40	78	56.50	0.238	0.626	1.126	0.698-
<150 mg/dl	56	40.60	60	43.50	(1)			1.817
4. ระดับ LDL								
<100 mg/dl	83	60.10	76	55.10	0.727	0.394	1.682	1.017-
>100 mg/dl	55	39.90	62	44.90	(1)			2.783
5. ระดับ HDL								
<40 mg/dl	39	28.26	55	39.86	4.130	0.042*	1.231	0.763-
>40 mg/dl	99	71.74	83	60.14	(1)			1.986

* p<0.05

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.89 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สูบบุหรี่ ($OR=1.89$; 95% $CI=1.16-3.09$, $p<0.010$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินที่สามารถกระตุ้นการหลั่งแคลทิโคลามีน (Catecholamine) ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) เร็วขึ้น และเพิ่มความหนืดของหลอดเลือดเพิ่มโปรตีน (Fibrinogen) เพิ่มการจับของเกล็ดเลือด (Hypercoagulability) และการเกิดลิ่มเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบแคบหรืออุดตัน และสมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้ ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 1.46 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ($OR: 1.46$, 95% $CI: 1.04-2.07$, $p<0.001$)⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌอนอม นามวงค์ และนริศรา อาริรักษ์⁽⁷⁾ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร พบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ ($OR_{adj}=1.5$, 95% $CI 1.2-1.9$, $p<0.001$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ดื่มสูบบุหรี่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเทียบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง⁽⁸⁾ และการศึกษาของ อรรถร สุนทรารักษ์⁽⁹⁾ พบว่าการสูบบุหรี่ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนครพนม ($OR=1.337$, 95% $CI 0.806-2.219$, $p=0.260$)

2. ประวัติการดื่มสุรา ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.52 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($OR=2.52$; 95% $CI=1.51-4.22$) อธิบายได้ว่า การมีประวัติเคยดื่มสุรา หรือมีการดื่มสุราในปริมาณที่มาก และมีระยะเวลาในการดื่มนาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดื่มสุราส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และการดื่มสุราในปริมาณมาก จะส่งผลให้เลือดอ่อนตัว เลือดออกง่าย แต่หยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือดในสมอง ประกอบกับความดันโลหิตสูง และภาวะเลือดออกง่ายจากการดื่มสุรา ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองจะมีโอกาสเกิดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 0.11 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมอง ($OR=0.11$, 95% $CI 0.02-0.87$, $p=0.001$) และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($B=4.17$, 95% $CI 0.00-0.17$, $p=0.001$)⁽⁸⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถร สุนทรารักษ์⁽⁹⁾ พบว่าการดื่มสุราไม่มีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนครพนม ($OR=0.685$, 95% $CI 0.300-1.567$, $p=0.368$)

3. ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.681 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่เป็น

โรคหลอดเลือดสมอง (OR=2.681; 95% CI=1.384-5.193, p=0.001) อธิบายได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าหากมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (Atherosclerosis) ซึ่งจะเกิดขึ้นทีละน้อยเมื่อมีความเสื่อมของหลอดเลือดและมีการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นแอนโดทีเลียม (Endothelium) เลือดจึงสัมผัสโดยตรงกับชั้นใต้แอนโดทีเลียม (Sub-endothelium) ทำให้เกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือดและการกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombosis) เมื่อลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด การไหลเวียนเลือดในสมองลดลง สมองขาดเลือดและเกิดการตายของเนื้อสมอง (Cerebral infarction)⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.32 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (OR=2.32, 95% CI 1.98-2.70, p<0.001) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^(7,9)

4. ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.821 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (OR=1.821; 95% CI=1.038-3.193, p=0.035) อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีประวัติป่วยเบาหวานถ้าไม่ควบคุมระดับน้ำตาลจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ 4-5 เท่า เนื่องจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน กระบวนการเผาผลาญพลังงานในระดับเซลล์ผิดปกติ เกิดการอักเสบ ส่งผลให้เกิดภาวะเซลล์เยื่อบุผิวหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (Endothelial dysfunction) เกิดภาวะหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (Vasculopathy) เกิดการทำลายเยื่อภายในหลอดเลือด (Endothelial damage) และเกิดโรคหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) เร็วขึ้น⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรชร สุนทรารักษ์⁽⁹⁾ ประชาชนที่เป็นโรคเบาหวานความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2.198 เท่าเมื่อเทียบกับประชาชนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.198, 95% CI of OR=1.084-4.457, p=0.026)

5. ประวัติการเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.905 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (OR=1.905; 95% CI=1.180-3.074, p=0.008) อธิบายได้ว่า การที่ร่างกายมีไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ (Low density lipoprotein: LDL) จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง เมื่อมีไขมันในเลือดสูงจะเกิดการสะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดขบวนการลำเลียงเลือด ส่งผลให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือด⁽¹³⁾ สอดคล้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีไขมันในเลือดสูงมากกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นหลอดเลือดสมองถึง 0.13 เท่า (OR=0.13, p<.001) และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (B=2.40, 95% CI 0.04-0.22, p=0.000)⁽⁸⁾ และจากการศึกษาของ ธนอม นามวงศ์ และนริศรา อาริรักษ์⁽⁷⁾ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไขมันในหลอดเลือดสูงจะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคไขมันในหลอดเลือดสูง (OR_{adj}=3.0, 95% CI 2.3-3.9, p<0.001) และจากการศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีไขมันในเลือดสูง LDL-Cholesterol≥100 mg/dL มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 16.3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วย

ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีไขมันในเลือดสูง <100 mg/dL (OR=16.3, % CI 5.8-46.2, $p<0.001$) LDL-Cholesterol ≥ 100 mg/dL และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($B=2.35$, $OR_{adj}=10.5$, 95% CI 1.5-71.6, $p=0.017$)⁽¹²⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถร สุนทรารักษ์⁽⁹⁾ ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง ไม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนครพนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

6. ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) $>7\%$ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) $>7\%$ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.738 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) $<7\%$ (OR=1.78, 95% CI=1.033-2.923, $p=0.036$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้และมีน้ำตาลสะสมอยู่ในกระแสเลือดเป็นเวลานานส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัว ทำให้อัตราการไหลเวียนเลือดไปยังสมองน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถร สุนทรารักษ์⁽⁹⁾ โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญ (OR=143.533, 95% CI=57.864-392.614, $p=0.000$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับมีประวัติเป็นโรคเบาหวานไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง)⁽⁸⁾

7. ระดับไขมันเอชดีแอล (HDL) <40 mg/dl ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับไขมันเอชดีแอล (HDL) <40 mg/dl มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.682 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระดับไขมันเอชดีแอล (HDL) >40 mg/dl (OR=1.682, 95% CI 1.017-2.783, $p=0.042$) อธิบายได้ว่า High density lipoprotein (HDL) คือ ไขมันชนิดดีที่ตับสร้างขึ้น มีหน้าที่ขจัดคอเลสเตอรอลหรือไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ที่เกาะอยู่ตามหลอดเลือดออกไป ถ้าหากมีระดับไขมันเอชดีแอลต่ำก็จะส่งผลให้เกิดการสะสมของ LDL ในกระแสเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัว อีกทั้งผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังถ้าหากเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้อินซูลินไม่สามารถยับยั้งการสลายตัวของไขมัน (Lipolysis activity) ส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ วิไลพร พุทธรังษี, วิริณธิ์ กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศีลารวรรณ และโชคชัย หมั่นแสงทรัพย์⁽¹²⁾ HDL-Cholesterol <50 mg/dL ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง Triglyceride >150 mg/dL มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 7.3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มี Triglyceride <150 mg/dL (OR=7.3, 95% CI 3.8-13.8, $p<0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไปพัฒนามาตรฐานเครื่องมือระบบในการประเมิน และวิธีการคัดกรองที่มีความแม่นยำในการจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโปรแกรมการป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ควรพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมโดยนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาออกแบบการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.; 2560.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2560. [ออนไลน์] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มี.ค. 20]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.thaincd.com/document/file/info/noncommunicable-disease/_2560_.pdf
3. Truelsen T, Begg S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular Disease [Internet]. 2000 [cited 2022 Sep 9]. Available from:
https://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasestroke.pdf
4. พรณวลัย ผดุงวนิชย์กุล. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) [ออนไลน์] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มี.ค. 20]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
5. Sullivan KM. Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health [Internet]. 2000 [cited 2022 Sep 9]. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSCC.htm>
6. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2019 Mar;98(12):e14872. doi: 10.1097/MD.00000000000014872.
7. ถนอม นามวงศ์, นริศรา อาริรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(1):149-57.
8. ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, ยุพาภรณ์ ตีรไพวงศ์, วิระกาญจน์ สุเมธานุรักษ์กุล. การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565;38(1):61-72.
9. อรรถพร สุนทรารักษ์. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัด นครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2561;5(2):27-38.
10. พรชัย จุลเมตต์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: วนิตการพิมพ์; 2565.
11. สมศักดิ์ เทียมเก่า. โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2562;35(4):59-71.
12. วิไลพร พุทธวงศ์, วิริณธ์ กิตติพิชัย, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2557;44(1):30-44.

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4

ประจวบ แสงดาว, ประจ.ด.^{*}, ชัยนันท์ ปู่แก้ว, ส.บ.^{**}, สุนิสา ต้มทอง, ส.บ.^{***}

บทคัดย่อ

เขตสุขภาพที่ 4 เริ่มมีปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 พบเกินมาตรฐานทุกปีในหลายพื้นที่ จากสาเหตุหลักของอุตสาหกรรมจราจร และการเผา ซึ่งเป็นปัญหามลพิษทางอากาศที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยเฉพาะเกิดโรคระบบทางเดินหายใจและเสี่ยงต่อการตายด้วยเส้นเลือดอุดตันในสมอง การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับพฤติกรรม รวมถึงการจัดทำข้อเสนอในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในกลุ่มตัวอย่าง เครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึง การเข้าใจ การตรวจสอบ และการตัดสินใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.33, 3.39, 3.43 และ 3.34 ตามลำดับ พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.59) และพฤติกรรม การป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.76)

ข้อเสนอในการจัดกิจกรรมเสริมความรอบรู้และพฤติกรรม พบว่า จังหวัดนครนายก ควรเพิ่มทักษะการเข้าถึง, เข้าใจข้อมูล และการตรวจสอบฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน จังหวัดอ่างทอง ควรเพิ่มทักษะการตัดสินใจเลือกป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน จังหวัดปทุมธานี ควรเพิ่มทักษะการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน รวมถึงการป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม; การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ; ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

*** นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

^a Corresponding author: ประจวบ แสงดาว Email: mohtoy2@gmail.com

รับบทความ: 27 ก.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 26 ต.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 26 ต.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 4 ธ.ค. 66

Environmental Health Literacy of Behaviors on Preventing Health Impacts from Dust Particulate Matter Less Than 2.5 Microns of Air Pollution Surveillance and Warning Communication Networks, Health Region 4

Prachuab Seangdao^{*a}, Chatchanan Pookeaw^{**}, Sunisa Tumthong^{***}

Abstract

Health Region 4 started having problems on PM 2.5 dust particles since 2011, with its levels over the recommended level each year due to industries, traffics, and combustions, resulting in related illness and deaths among the population. This descriptive study aimed to examine levels of knowledge and behaviors in order to prepare a proposal to prevent health impacts from dust particulate matter less than 2.5 micron in air pollution surveillance and warning communication networks for each province in health region 4. Samples were 260 persons from air pollution surveillance and warning communication networks selected through purposive sampling technique. The data were analyzed using descriptive statistics.

The findings were as follows: 1) overall and 4 aspects of environmental health literacy (access to, understanding of, evaluation of and decision making regarding environmental health information and protection) were at an intermediate level with average values of 3.33, 3.39, 3.43, and 3.33 respectively. Behavioral health surveillance was at an average level ($\bar{x}$ =3.59) while prevention behavior of dust particulate matter less than 2.5 micron was at a high level ($\bar{x}$ =3.76).

Activities to strengthen knowledge and behaviors in each province showed the following improvement suggestions: Nakhon Nayok province, access skills and understanding of environmental health information; Ang thong province, decision making regarding health protection selection; Pathumthani province, skills and behaviors for preventing the health impacts in air pollution surveillance and warning communication networks.

Keywords: Environmental health literacy; Preventive behaviors of health impacts;
Dust particulate matter less than 2.5 micron

* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 4, Saraburi

** Public Health Technical Officer, Professional Level, Regional Health Promotion Center 4, Saraburi

*** Public Health Technical Officer, Regional Health Promotion Center 4, Saraburi

^a Corresponding author: Prachuab Seangdao Email: mohtoy2@gmail.com

Received: Sep. 27, 23; Revised: Oct. 26, 23; Accepted: Oct. 26, 23; Published Online: Dec. 4, 23

บทนำ

ปัจจุบันปัญหามลพิษทางอากาศเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งที่เกิดขึ้นในเมืองใหญ่ โดยเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการเพิ่มของการคมนาคมขนส่ง การจราจร การก่อสร้างถนน เพื่อรองรับการขยายตัวของเมือง การดำเนินกิจการในกลุ่มอุตสาหกรรมครัวเรือนหรือเกษตรกรรม อีกทั้งยานพาหนะที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุที่ทำให้อากาศเกิดการปนเปื้อนสารมลพิษ ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ซึ่งความรุนแรงของอาการจะขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของสารมลพิษที่ร่างกายได้รับ⁽¹⁾

สาเหตุของมลพิษทางอากาศมาจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงเพื่อนำพลังงานมาใช้ประโยชน์ ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศทั้งฝุ่นละออง ก๊าซโอโซน ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ และก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ โดยแหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศในเขตเมืองที่สำคัญมาจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงจากยานพาหนะพบมากที่สุดคือ รถยนต์ดีเซล, รถยนต์เบนซินที่มีอายุเกิน 8 ปี ขึ้นไปและรถที่ถูกดัดแปลงเครื่องยนต์ โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ปริมาณมลพิษทางอากาศสะสมในบรรยากาศ ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ปลดปล่อยมาจากแหล่งกำเนิดและการกระจายตัวของมลพิษ โดยสภาพภูมิอากาศนับเป็นตัวแปรที่สำคัญ สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมได้ ไม่ว่าจะเป็นฝุ่นละอองที่มีขนาดใหญ่กว่า 10 ไมครอน จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ส่งผลต่อทัศนวิสัยในการมองเห็น ก่อให้เกิดความเสียหายต่อวัตถุและสิ่งก่อสร้าง เช่น เกิดการกัดกร่อนของโลหะ การทำลายผิวหน้าของสิ่งก่อสร้าง การเสื่อมของผลงานทางด้านศิลปะ เป็นต้น หรือฝุ่นละอองขนาดเล็ก ซึ่งเป็นปัญหามลพิษอากาศที่อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ทั้งโรคระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบตา ระบบผิวหนัง นอกจากนี้ ยังเพิ่มความเสี่ยงของอัตราการตายจากภาวะเส้นเลือดอุดตันในสมองอีกด้วย⁽²⁾

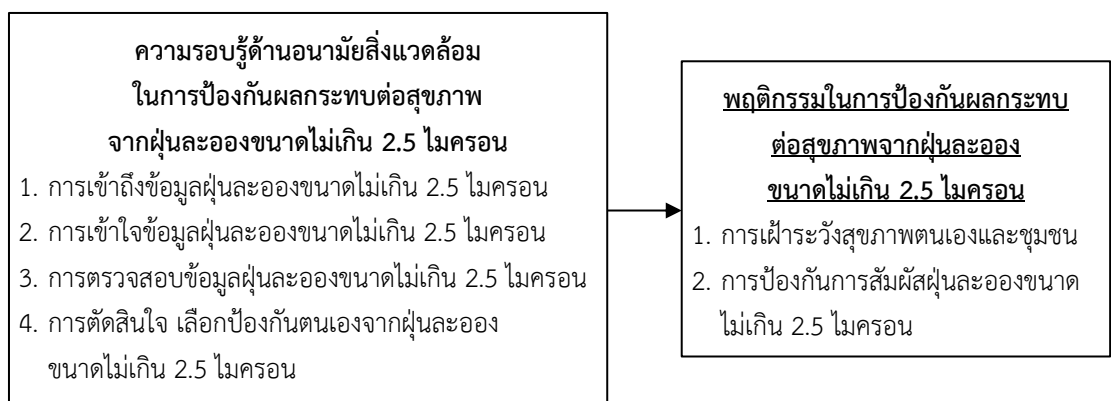
ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี มีหน้าที่การอภิบาลระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน และมีบทบาทในการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดสังคมแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health literate societies) โดยความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental health literacy-EHL) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นใหม่ ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ผสมผสานกับการสื่อสารความเสี่ยงและวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่า ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับชุมชนแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงการสัมผัสความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคลไปถึงระดับชุมชน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการลดความเสี่ยงและสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น⁽³⁾

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยพื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 โดยผลการศึกษาจะนำไปจัดทำแนวทางในพัฒนาความรู้ด้านอนามัย

สิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนและพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน⁽³⁾ ของ เครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิด ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของ เครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย หมายถึง คณะทำงานในการเฝ้าระวัง และสื่อสารเตือนภัยในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ของ องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บุคลากรด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และตัวแทนภาคประชาชน ผู้ประกอบการ จำนวน 800 คน

กลุ่มตัวอย่าง คณะทำงานในการเฝ้าระวัง และสื่อสารเตือนภัยในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อปท. บุคลากรด้านสาธารณสุข และ อสม. จาก 8 อำเภอ โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนโดยใช้ตารางของ เครจซี่และมอร์แกน⁽⁴⁾ กำหนดลักษณะประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวน 260 คน

เมื่อได้จำนวนประชากรตัวอย่างจากการคำนวณหาสัดส่วนของพื้นที่รายอำเภอ ที่จะทำการศึกษา โดยการสุ่มแบบง่าย ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่⁽⁵⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ 4

อำเภอ/จังหวัด	ประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง
1. อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี	85	28
2. อ.เมืองปทุมธานี จ.ปทุมธานี	87	28
3. อ.ท่าหลวง จ.ลพบุรี	140	46
4. อ.เมืองสระบุรี จ.สระบุรี	130	42
5. อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา	206	67
6. อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง	69	22
7. อ.บางระจัน จ.สิงห์บุรี	47	15
8. อ.บ้านนา จ.นครนายก	36	12
รวม	800	260

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ และ 4) การตัดสินใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย และ 1=น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ที่ได้มาแบ่งเป็นระดับความรู้ 3 ระดับ คือ ความรู้ดี ($\bar{X}$ =3.68-5.00) ความรู้ปานกลาง ($\bar{X}$ =2.34-3.67) และความรู้น้อย ($\bar{X}$ =1.00-2.33)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 เป็นชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 5=ปฏิบัติเป็นประจำ 4=ปฏิบัติบ่อยๆ 3=ปฏิบัติบ้างบางครั้ง 2=ปฏิบัตินานๆครั้ง และ 1=ไม่ได้ปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลโดยนำค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ได้มาแบ่งเป็นระดับพฤติกรรม 3 ระดับ คือ พฤติกรรมดี ($\bar{X}$ =3.68-5.00) พฤติกรรมปานกลาง ($\bar{X}$ =2.34-3.67) และพฤติกรรมต้องปรับปรุง ($\bar{X}$ =1.00-2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วย จังหวัด อำเภอ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และตำแหน่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่า Index of item objective congruence (IOC) ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) เท่ากับ 0.82 และ 0.98 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แล้วนำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยในครั้งนี้ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้มีการอธิบาย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และอาสาสมัครสามารถตัดสินใจโดยอิสระ เพื่อนำไปใช้ในผลการวิจัยเท่านั้น โดยในการตอบแบบสอบถามจะเป็นข้อมูลความลับ ไม่เปิดเผยชื่อของอาสาสมัคร รวบรวมและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เก็บรักษาข้อมูลและทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น โดยได้รับ จริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย โครงการวิจัยรหัส 607/2565 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.70) ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 78.46) ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.23) รองลงมาได้แก่ ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 23.85 และ 15.00 ตามลำดับ) และพบว่า ส่วนมากเป็นเจ้าของกิจการปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 26.55) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของ เครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4
(n=260)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ ชาย	110	42.30
หญิง	150	57.70
อายุ น้อยกว่า 60 ปี	204	78.46
60 ปีขึ้นไป	56	24.54
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	62	23.85
มัธยมศึกษา	39	15.00
ปริญญาตรี	128	49.23
สูงกว่าปริญญาตรี	31	11.92
ตำแหน่ง		
ผู้นำชุมชน	11	4.23
เจ้าหน้าที่ อปท.	69	26.55
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	68	26.15
ตัวแทนภาคประชาชน	20	7.69
ตัวแทนผู้ประกอบการ	12	4.61
ตัวแทนภาคประชาชน	20	7.69
ตัวแทนผู้ประกอบการ	12	4.61

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 จำแนกรายชื่อ ภาพรวม 8 จังหวัด พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.33) โดยการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์เพื่อประเมินสถานการณ์ฝุ่นในชุมชนได้ มีความรอบรู้สูงสุด ($\bar{X}$ =3.38) การเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.39) การเข้าใจคำอธิบายการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นที่เผยแพร่ในแหล่งต่างๆ มีความรอบรู้สูงสุด ($\bar{X}$ =3.52) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.43) ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้มีความรอบรู้สูงสุด ($\bar{X}$ =3.67) การตัดสินใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.33) การนำข้อมูลการป้องกันฝุ่นใช้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชนได้มีความรอบรู้สูงสุด ($\bar{X}$ =3.34) พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.59) หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใส่หน้ากากป้องกันฝุ่น ในช่วงค่าฝุ่นสูง และแนะนำให้คนในชุมชน รู้วิธีเลือกใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นได้อย่างถูกต้อง เป็นพฤติกรรมที่ทำให้สูงสุดกลาง ($\bar{X}$ =3.76) ดังรายละเอียดจากตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 จำแนกรายข้อ ภาพรวม 8 จังหวัด (n=260)

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	การแปรผล		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.33	0.954	ปานกลาง
ค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5 ที่เป็นปัจจุบันได้	3.32	0.932	ปานกลาง
เมื่อสงสัยเกี่ยวกับฝุ่นละออง ฉันเลือกค้นหาข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล	3.28	0.987	ปานกลาง
ใช้แอปพลิเคชันโทรศัพท์ประเมินสถานการณ์ฝุ่น PM _{2.5} ในชุมชนได้	3.38	0.942	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.39	0.963	ปานกลาง
เข้าใจคำอธิบายการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น ที่เผยแพร่ในแหล่งต่างๆ	3.52	0.928	ปานกลาง
เข้าใจสัญลักษณ์ฝุ่น PM _{2.5} เช่น ระดับค่าสีฝุ่น PM _{2.5}	3.47	0.980	ปานกลาง
เข้าใจข้อมูลฝุ่น PM _{2.5} ใช้ป้องกันสุขภาพตนเองและผู้อื่น	3.18	0.981	ปานกลาง
การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.43	0.876	ปานกลาง
ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้	3.67	0.974	ปานกลาง
ข้อมูลจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือ จะหาคำตอบก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติ	3.32	0.839	ปานกลาง
เลือกวิธีการป้องกันฝุ่นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในชุมชนได้	3.31	0.814	ปานกลาง
การตัดสินใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.33	0.887	ปานกลาง
ให้คำแนะนำผลกระทบจากฝุ่นที่ถูกต้องกับกลุ่มเสี่ยงได้	3.32	0.888	ปานกลาง
วางแผนป้องกันปัญหาสุขภาพ และติดตามสถานการณ์ฝุ่นในชุมชนอย่างใกล้ชิด	3.32	0.888	ปานกลาง
นำข้อมูลการป้องกันฝุ่นใช้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชนได้	3.34	0.884	ปานกลาง

พฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.59) พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนที่ทำได้ดีที่สุดคือ การแนะนำให้คนในชุมชน รู้วิธีเลือกใช้น้ำกากป้องกันฝุ่นได้อย่างถูกต้อง และในด้านพฤติกรรม การป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน โดยการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นในช่วงค่าฝุ่นสูงอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.76) ดังรายละเอียด ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 จำแนกรายข้อ ภาพรวม 8 จังหวัด (n=260)

พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	การแปรผล		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
พฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM_{2.5}	3.59	0.899	ปานกลาง
<u>การเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน</u>			
ติดตามสถานการณ์ฝุ่น PM _{2.5} จากช่องทางต่างๆ สม่ำเสมอ	3.50	0.932	ปานกลาง
ทำความสะอาดที่พัก ลดการจุดธูป การเผา การใช้รถยนต์ที่เกิดควันดำ	3.47	0.910	ปานกลาง
แนะนำให้คนในชุมชน รู้วิธีเลือกใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นได้อย่างถูกต้อง	3.76	0.841	ดี
การแนะนำกลุ่มเสี่ยง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นในช่วงที่มีค่าฝุ่น PM _{2.5} สูง	3.47	0.972	ปานกลาง
<u>การป้องกันการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน</u>			
หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นในช่วงค่าฝุ่นสูง	3.76	0.841	ดี

ผลการศึกษาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่าทั้ง 8 จังหวัด มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน อยู่ในระดับปานกลาง โดยแยกเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครนายก มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.22) โดยมีความรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูล อนามัยสิ่งแวดล้อมสูงที่สุด ($\bar{X}$ =3.08) จังหวัดนนทบุรี มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.06) โดยมีความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =4.25) จังหวัดปทุมธานี มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.86) โดยมีความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.82) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.90) โดยมีความรู้ด้านการตัดสินใจ ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.90) จังหวัดลพบุรี มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.79) โดยมีความรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.96) จังหวัดสระบุรี มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.56) โดยมีความรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =4.13) จังหวัดสิงห์บุรี มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.10) โดยมีความรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมสูงที่สุด ($\bar{X}$ =3.18) และจังหวัดอ่างทอง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.30) โดยมีความรู้ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับดี ($\bar{X}$ =3.91) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก
2.5 ไมครอน พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 จำแนกรายจังหวัด (n=260)

จังหวัด	การเข้าถึง		การเข้าใจ		การตรวจสอบ		การตัดสินใจ		พฤติกรรม		ภาพรวม	
	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ	$\bar{x}$	ระดับ
นครนายก	2.92	ปานกลาง	2.97	ปานกลาง	3.08	ปานกลาง	3.03	ปานกลาง	3.22	ปานกลาง	3.00	ปานกลาง
นนทบุรี	4.25	ดี	3.08	ปานกลาง	3.08	ปานกลาง	3.23	ปานกลาง	3.06	ปานกลาง	3.41	ปานกลาง
ปทุมธานี	3.82	ดี	3.61	ปานกลาง	3.19	ปานกลาง	3.12	ปานกลาง	2.86	ปานกลาง	3.43	ปานกลาง
พระนครศรีอยุธยา	3.15	ปานกลาง	2.98	ปานกลาง	3.37	ปานกลาง	3.90	ดี	3.90	ดี	3.35	ปานกลาง
ลพบุรี	3.38	ปานกลาง	3.96	ดี	3.68	ดี	3.28	ปานกลาง	3.79	ดี	3.57	ปานกลาง
สระบุรี	4.07	ดี	4.13	ดี	3.49	ปานกลาง	3.05	ปานกลาง	3.07	ปานกลาง	3.68	ปานกลาง
สิงห์บุรี	3.07	ปานกลาง	3.16	ปานกลาง	3.18	ปานกลาง	3.11	ปานกลาง	3.01	ปานกลาง	3.13	ปานกลาง
อ่างทอง	3.12	ปานกลาง	3.24	ปานกลาง	3.91	ดี	3.02	ปานกลาง	3.21	ปานกลาง	3.32	ปานกลาง

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก
2.5 ไมครอน ของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4

เมื่อจำแนกรายจังหวัด โดยนำข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด พบว่า **จังหวัดนครนายก** ควรมีการเสริมทักษะด้านการเข้าถึง โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันโทรศัพท์ประเมินสถานการณ์ฝุ่น ในชุมชนได้เมื่อสงสัยเกี่ยวกับฝุ่นละออง ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน ควรมีการเสริมทักษะด้านการแนะนำกลุ่มเสี่ยง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นในช่วงที่มีค่าฝุ่นสูง **จังหวัดนนทบุรี** ควรมีการเสริมทักษะด้านการเข้าใจและการตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการทำความเข้าใจสัญลักษณ์ฝุ่น เช่น ระดับค่าสีฝุ่น และการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือ จะหาคำตอบก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติ ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนควรมีการเสริมทักษะด้านการติดตามสถานการณ์ฝุ่นจากช่องทางต่างๆ สม่าเสมอ **จังหวัดปทุมธานี** ควรมีการเสริมทักษะด้านการตัดสินใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลกระทบจากปัญหาฝุ่นที่ถูกต้องและเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนควรมีการเสริมทักษะการติดตามสถานการณ์ฝุ่น จากแอปพลิเคชันหรือช่องทางต่างๆ ก่อนออกนอกบ้าน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัส

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรมีการเสริมทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเข้าใจข้อมูลฝุ่น ใช้ป้องกันสุขภาพตนเองและผู้อื่น ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน โดยเฉพาะการติดตามสถานการณ์ฝุ่น จากแอปพลิเคชันหรือช่องทางต่างๆ ก่อนออกนอกบ้าน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัส **จังหวัดลพบุรี** ควรมีการเสริมทักษะด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ จะหาคำตอบก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติ ด้านพฤติกรรม การเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน โดยเฉพาะการทำความสะอาดที่พักอาศัย รวมทั้งลดการเกิดฝุ่น เช่น จุดธูป เผากระดาษ เผาใบไม้ลดการใช้รถยนต์ที่ก่อให้เกิดควันดำ **จังหวัดสระบุรี** ควรมีการเสริมทักษะด้านการตัดสินใจ ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การตัดสินใจนำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันฝุ่นมาใช้ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ในชุมชน ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน โดยเฉพาะการแนะนำกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใส่หน้ากากป้องกันฝุ่น **จังหวัดสิงห์บุรี** ควรมีการเสริมทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเข้าใจ สัญลักษณ์ฝุ่น เช่น ระดับค่าสีฝุ่นด้านพฤติกรรมโดยเฉพาะการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนโดยการแนะนำกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใส่หน้ากากป้องกันฝุ่น **จังหวัดอ่างทอง** ควรมีการเสริมทักษะด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเลือกวิธีการป้องกันฝุ่นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ฝุ่น ในชุมชน ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชน โดยการแนะนำให้คนในชุมชน รู้วิธีเลือกและรู้วิธีใช้หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากป้องกันฝุ่นได้อย่างถูกต้อง

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า เครือข่ายมีความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ จะส่งผลให้ มีความเข้าใจในข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางด้านข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้บริโภค ของ Eysenbach⁽⁵⁾ บุคคลมีแนวโน้มที่จะค้นหาข้อมูลต่างๆ ทั้งทางอินเทอร์เน็ต และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่ตรงกับความต้องการของบุคคลนั้น เช่น สถานการณ์ทางด้านสุขภาพ Keselman et al.⁽⁶⁾ โดยข้อมูลจะเป็นข้อความที่เข้าใจง่ายและเนื้อหาเกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น จึงจะทำให้บุคคลนั้นเข้าใจและเชื่อถือข้อมูลได้ง่ายขึ้น⁽⁷⁾ และการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น โดยการสื่อสารที่ควรใช้คือ การใช้ภาษาที่เรียบง่ายเพื่อสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ คำแนะนำ และทางเลือกอื่นๆ การใช้ข้อมูลที่จำเป็นก่อน การใช้ภาษาที่มีลักษณะร่วมที่แสดงข้อมูลที่เป็นความเสี่ยงและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การใช้วิดีโอเพื่อถ่ายทอดข้อมูลเป็นคำพูด การนำเสนอข้อมูลตัวเลขในตารางมากกว่าข้อความ Sheridan et al.⁽⁸⁾ ซึ่งจะทำให้บุคคลเข้าใจข้อมูลได้ง่ายขึ้น ทั้งจากสื่อทั่วไป เช่น หนังสือพิมพ์ คู่มือ อินเทอร์เน็ต ที่บุคคลไปหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กหรือแม้แต่ข้อมูลที่บุคคลไปแสวงหาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้ การที่บุคคลที่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่งผลไปยังความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ

ยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al.⁽⁹⁾ โดยรูปแบบนี้ มุ่งเน้นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคล เมื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก ถ้าข้อมูลเหล่านั้นอธิบายเข้าใจได้ง่าย ก็จะส่งผลให้ เข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับมลพิษฝุ่นละอองขนาดเล็กได้ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom บุคคลจะเรียนรู้และถ่ายโยงความรู้และทักษะได้ เมื่อผู้เรียนมีความเข้าใจในข้อมูลนั้นๆ ผู้เรียนสามารถที่จะใช้ความรู้ ทักษะ หรือเทคนิควิธีการในสถานการณ์ใหม่ๆ ผ่านการประยุกต์ใช้เมื่อประยุกต์ใช้แล้ว ทักษะเหล่านั้นจะทำให้บุคคลสามารถระบุและตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลนั้นได้อย่างเหมาะสม Adams⁽¹⁰⁾ โดยการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากการมีประสบการณ์และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ Jansen et al.⁽¹¹⁾ เมื่อมีความรู้เข้าใจในข้อมูลฝุ่นละอองขนาดเล็ก ก็จะส่งผลให้สามารถที่จะตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับมลพิษฝุ่นละอองขนาดเล็กที่ได้มาว่าถูกต้องและเชื่อถือได้หรือไม่ รวมทั้งสามารถทำให้เกิดการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพได้ การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จะส่งผลต่อการตัดสินใจป้องกันสุขภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Brabers et al.⁽¹²⁾ ที่พบว่า การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพที่ดี จะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางด้านสุขภาพมากขึ้น ช่วยลดความไม่แน่นอนในการตัดสินใจลง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดรูปแบบบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al.⁽¹³⁾ โดยรูปแบบนี้ มุ่งเน้นความสามารถของบุคคล ที่มีลักษณะที่เป็นกระบวนการ โดยการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเพื่อป้องกันทางด้านสุขภาพ โดยมีความสอดคล้องกับ Intarakamhang and Kwanchuen⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีอิทธิพลทางตรงต่อการตัดสินใจปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม และ Intarakamhang and Macaskill⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งด้านรวมและรายด้านมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อมีการตรวจสอบข้อมูลฝุ่นละอองขนาดเล็กมาอย่างถูกต้อง มีการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลากหลายแหล่งก่อนที่จะเชื่อข้อมูลนั้น ก็จะส่งผลให้สามารถตัดสินใจนำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากฝุ่นละอองขนาดเล็กมาใช้ในการป้องกันสุขภาพของตนเองและผู้อื่น การประเมินข้อมูลที่เหมาะสมก่อให้เกิดการตัดสินใจที่ถูกต้อง นำไปสู่การเฝ้าระวังสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีระบบการเฝ้าระวังเชิงพฤติกรรม ที่กล่าวถึงการมีปัจจัยนำเข้า เช่น แหล่งข้อมูลต่างๆ นำไปสู่ขั้นของกิจกรรม เช่น การเชื่อมโยงข้อมูลการประเมินวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการแปลผลข้อมูลดังกล่าว จึงจะทำให้การดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง Azofeifa et al.⁽¹⁶⁾ ซึ่งพบว่า การสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กมีความเสี่ยงก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน การรับรู้ข้อมูลฝุ่นละอองขนาดเล็ก ว่ามีอันตรายมากเพียงใด นำไปสู่การตัดสินใจที่จะป้องกันสุขภาพ และเนื่องจากการเป็นแกนนำชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีบทบาทหนึ่ง คือการเฝ้าระวังและแก้ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านและชุมชน เช่น การจัดทำแผนที่ชุมชน เพื่อเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม⁽¹⁷⁾ บุคคลควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的开หน้าต่างตามช่วงเวลาเพื่อป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กเข้าไปในบ้านหรือเลือกเปิดเครื่องฟอกอากาศที่มีความสามารถช่วยลดปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก⁽¹⁸⁾ นั่นคือการเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากผลกระทบของฝุ่นละอองขนาดเล็กมากขึ้น การที่บุคคลทราบว่า มลพิษ

ทางอากาศมีเมื่อไร ที่ไหน รวมทั้งใครที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ จะช่วยให้ลดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพและการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศได้ดี⁽¹⁹⁾ สำหรับบริการบริการแจ้งเตือนมลพิษทางอากาศเป็นบริการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพลังให้บุคคลนำข้อมูลที่ได้ไปใช้พัฒนาการจัดการด้านสุขภาพ โดยเน้นการดำเนินการที่ช่วยลดหรือป้องกันการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ⁽²⁰⁾ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและชุมชนจากฝุ่นขนาดเล็ก จะช่วยให้หาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นขนาดเล็กได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1. จากการศึกษา พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นเมื่อสงสัยเกี่ยวกับฝุ่นละออง ฉันทเลือกค้นหาข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล และการเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นเข้าใจข้อมูลฝุ่นใช้ป้องกันสุขภาพตนเองและผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเสริมความรู้ในการค้นหาข้อมูลที่นำเชื่อถือได้ รวมถึงการทำความเข้าใจกับข้อมูลฝุ่นใช้ป้องกันสุขภาพตนเองและผู้อื่น
2. จากการศึกษา พบว่า การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นการเลือกวิธีการป้องกันฝุ่นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ในชุมชนได้ การตัดสินใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นการให้คำแนะนำผลกระทบจากฝุ่นที่ถูกต้องกับกลุ่มเสี่ยงได้ และการวางแผนป้องกันปัญหาสุขภาพ และติดตามสถานการณ์ฝุ่นในชุมชนอย่างใกล้ชิด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ควรมีการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้เครือข่ายสามารถตรวจสอบและตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม รวมถึงการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน รวมถึงวิธีการติดตามสถานการณ์ฝุ่นจากแหล่งที่นำเชื่อถือได้
3. จากการศึกษา พบว่า ด้านพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM_{2.5} ในประเด็นการทำความสะอาดที่พัก ลดการจุดธูป การเผาและการใช้รถยนต์ที่เกิดควันดำการแนะนำกลุ่มเสี่ยง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นในช่วงที่มีค่าฝุ่นสูง มีค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ควรนำวิธีการป้องกันที่เหมาะสมกับกิจกรรมที่ก่อให้เกิดฝุ่นมาดำเนินการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาหลักสูตรความรู้ สำหรับแกนนำเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาหลักสูตรความรู้ เพื่อนำไปต่อยอดสำหรับการพัฒนาแกนนำเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ภัคพงศ์ พจนารถ. สถานการณ์ของปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นในเมืองใหญ่ของประเทศไทยกรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และ ระยอง. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2559;12(1):114-32.
2. อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต] 2017 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤษภาคม 12] เข้าถึงได้จาก <http://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/Download.pdf>
3. มัตติกา ยงอยู่. การจัดทำสถานการณ์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. ในเขตสุขภาพที่ 5 [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤษภาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20221223153805_4419/20230106143602_3102.pdf
4. วิสาชา ภูจินดา. ระเบียบวิจัยและสถิติสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2553.
5. Eysenbach G. Consumer health informatics. BMJ. 2000 Jun 24;320(7251):1713-6. doi: 10.1136/bmj.320.7251.1713.
6. Keselman A, Logan R, Smith CA, Leroy G, Zeng-Treitler Q. Developing informatics tools and strategies for consumer-centered health communication. J Am Med Inform Assoc. 2008 Jul-Aug;15(4):473-83. doi: 10.1197/jamia.M2744.
7. Te'eni D. Review: a cognitive-affective model of organizational communication for designing IT. MIS Quarterly. 2001; 25(2):251-312. doi: 10.2307/3250931
8. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. Journal of Health Communication 2011; 16(Supplement 3): 30-54.
9. Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. Health Promot Int. 2014 Dec;29(4):634-44. doi: 10.1093/heapro/dat013.
10. Adams NE. Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. J Med Libr Assoc. 2015 Jul;103(3):152-3. doi: 10.3163/1536-5050.103.3.010.
11. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. BMC Health Serv Res. 2018 May 31;18(1):394. doi: 10.1186/s12913-018-3197-4.
12. Brabers AE, Rademakers JJ, Groenewegen PP, van Dijk L, de Jong JD. What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? PLoS One. 2017 Mar 3;12(3):e0173316. doi: 10.1371/journal.pone.0173316.

13. 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.
14. Intarakamhang U, Kwanchuen Y. The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thais. *Asian Biomedicine*. 2016;10(6): 587-94.
15. อังคินันท์ อินทรกำแหง. การพัฒนาและการใช้เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. รายงานวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://bsris.swu.ac.th/upload/243362.pdf>
16. Azofeifa A, Stroup DF, Lyerla R, Largo T, Gabella BA, Smith CK, Truman BI, Brewer RD, Brener ND; Behavioral Health Surveillance Working Group. Evaluating Behavioral Health Surveillance Systems. *Prev Chronic Dis*. 2018 May 10;15:E53. doi: 10.5888/pcd15.170459.
17. สำนักงานมลพิษสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแกนนำชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560
18. Lin Y, Zou J, Yang W, Li CQ. A Review of Recent Advances in Research on PM2.5 in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Mar 2;15(3):438. doi: 10.3390/ijerph15030438.
19. Laumbach R, Meng Q, Kipen H. What can individuals do to reduce personal health risks from air pollution? *J Thorac Dis*. 2015 Jan;7(1):96-107. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2014.12.21.
20. Kelly FJ, Fuller GW, Walton HA, Fussell JC. Monitoring air pollution: use of early warning systems for public health. *Respirology*. 2012 Jan;17(1):7-19. doi: 10.1111/j.1440-1843.2011.02065.x.

บทความวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่าง ระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท ด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

ศิริชัย จันพุ่ม^a, รัตนา ไพคำนาม^{**}, วณัฏรา เขาวรรณนิม*

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลพื้นที่ ที่ต้องการด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ ทำให้ผู้อ่านได้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่ จากเส้น จุดต่างๆ และโพลีกอนของพื้นที่นั้นๆ ซึ่งสามารถสะท้อนมุมมองใหม่ และสามารถเห็นภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริงในการตรวจคัดกรองโรค การเฝ้าระวังโรค การป้องกัน และควบคุมโรค การวางแผนการรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพของโรคไข้เลือดออกได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายคุณลักษณะและกำหนดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทางด้านประชากรศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านนิเวศวิทยาของโรคไข้เลือดออก เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการทำนาย การระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ เป็นมุมมองสำหรับผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้สนใจ ในยุคดิจิทัล ดิสรัปชัน (Digital disruption) สามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้ เพื่อไปพัฒนาต่อยอดฐานข้อมูลการวางแผน โดยใช้องค์ความรู้การวิเคราะห์ข้อมูลทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ และใช้ในการตัดสินใจเลือกพื้นที่เพื่อบริหารจัดการโครงการต่างๆ ในประเด็นของความแตกต่างระหว่างพื้นที่ในอนาคต ได้ตรงเป้าหมายมากที่สุด

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก; ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์; การวิเคราะห์ข้อมูล; เขตเมืองและเขตชนบท

* สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** แผนกผ่าตัด โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

^a Corresponding author: ศิริชัย จันพุ่ม Email: sirichai.j@ptu.ac.th

รับบทความ: 4 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 30 ต.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 30 ต.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 8 ธ.ค. 66

Review Article

**Data Analysis of Dengue Hemorrhagic Fever Based on
Spatial Database at Urban Versus Rural Areas
by Geographic Information Systems**

Sirichai Junphum^{*a}, Ratana Phaikharmnam^{}, Wanasara Chaoniyom^{*}**

Abstract

The geographic information system (GIS) of a computer system for recording, verifying, storing, and displaying data, connected to positions on the Earth's surface and are liked for its data analysis of the spatial database on dengue hemorrhagic fever disease. GIS can assist people and organizations in better understanding spatial patterns and relationships by connecting seemingly unconnected data. It can be used to illustrate geographical correlations in various disciplines of public health and let users see the actual data. This illustrative article focused on many difficulties with the use of data analysis from the geographical database for screening, including demographic, socioeconomic, and ecological elements. In order to gather information about healthcare systems, promotions with governance, and opportunity screening, this descriptive essay may have been developed and decided by chief executive officers (CEO) or administrators, policy makers, and researchers.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever; Geographic information system; Data analysis;
Urban and rural areas

^{*} Department of Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Pathum Thani University

^{**} Department of Anesthesia, Nam Phong Hospital, Khon Kaen Province

^a Corresponding author: Sirichai Junphum Email: sirichai.j@ptu.ac.th

Received: Oct. 4, 23; Revised: Oct. 30, 23; Accepted: Oct. 30, 23; Published Online: Dec. 8, 23

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเกิดการระบาดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย ใกล้เคียงกับประเทศในแถบเอเชียอาคเนย์ เมื่อปีพุทธศักราช 2501 เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ในทางการแพทย์และการสาธารณสุข เรียกว่า Dengue hemorrhagic fever มีชื่อย่อว่า DHF เป็นเชื้อโรคที่เกิดจากยุงลายบ้านและยุงลายสวน ที่มีชื่อเรียกทางวิทยาศาสตร์ว่า *Aedes aegypti* เป็นแบบ “Single stranded RNA” ไวรัสนี้อยู่ใน “Family Flaviviridae” แบ่งเป็น 4 Serotypes คือ Gen 1 Gen 2 Gen 3 และ Gen 4 ในสมัยนั้นพบว่า มีการรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก ประมาณ 2,158 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราป่วย 8.8 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตาย 13.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผลกระทบของการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง โดยหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกวิธี อาจทำให้ผู้ป่วยเด็ก วัยเรียน วัยสูงอายุ และวัยทำงาน อาจสามารถเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงได้ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกลระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและญาติ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เสียการเรียน การขาดงาน ซึ่งหากผู้ป่วยและญาติ เข้าไปโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่ง อาจขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข ได้รับการรักษาไม่ทันท่วงที่ ท้ายที่สุดอาจสูญเสียคนในครอบครัวก่อนวัยอันควรได้^(1,2)

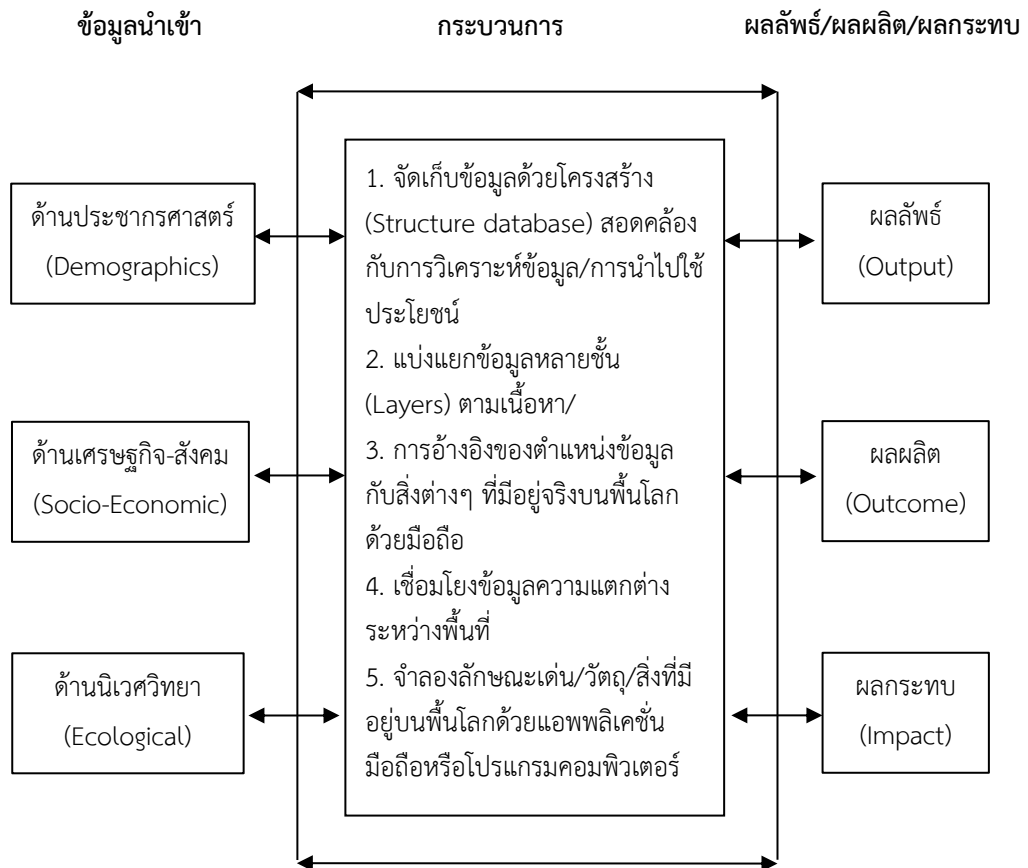
การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท ระบบการเก็บรวบรวมข้อมูล และการรายงานการระบาดของโรคในอดีตเป็นแบบการรายงานแบบสปอตแมป (Spot maps) หรือจุด และเป็นลักษณะข้อมูลพื้นที่ทั่วไป เช่น ชื่อหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด แต่ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic information systems) หรือเรียกสั้นๆ ว่า GIS เป็นระบบของข้อมูลที่เชื่อมโยงพื้นที่กับค่าพิกัดทางภูมิศาสตร์ และรายละเอียดของพื้นที่นั้นๆ บนพื้นโลก ซึ่งใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ประกอบด้วยฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์ สำหรับข้อมูลนำเข้า (Inputs) ส่งผ่านข้อมูลมาแปลงวิเคราะห์ข้อมูล และจัดเก็บ (Processing) ปรับปรุงแก้ไข เชื่อมโยงข้อมูลสำหรับแปลผลแบบจำลองด้วยหลากหลายโปรแกรม เช่น ArcMap Geo-Media MapInfo QGIS และอื่นๆ ด้วยการแสดงผลลัพธ์เป็นตัวเลขทางคณิตศาสตร์ (Outputs) และผลิตภาพในรูปแบบต่างๆ (Outcomes) เช่น แผนที่ ภาพสามมิติ ตารางภาพ ข้อมูลการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการประมาณค่าอื่นๆ เพื่อช่วยเหลือในการวางแผนและตัดสินใจของผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการต่างๆ ให้มีความถูกต้องและแม่นยำมากที่สุด เป็นระบบที่สามารถบันทึกข้อมูลเพื่อแสดงสภาพข้อมูลบนแนวคิดให้เห็นพื้นที่จริง (Impacts) จึงมีการจัดเก็บข้อมูลประเภทต่างๆ เป็นหลายชั้น (Layers)^(3,4) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ หากนำมาซ้อนทับกันจะแสดงสภาพความแตกต่างระดับเชิงพื้นที่ ได้แก่ กรณีที่ 1 เทคนิคการนำข้อมูลความแตกต่างระหว่างพื้นที่ (Spatial dataset) หลายชั้น ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงบรรยาย (Attribute dataset) ข้อมูลเชิงภาพ (Graphic dataset) มาซ้อนทับกันด้วยปฏิบัติการทางตรรกะ (Logical operations) เช่น การซ้อนทับปัจจัยพื้นที่ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ โรคไม่ติดต่อ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม ในความแตกต่างระหว่างพื้นที่^(5,6) กรณีที่ 2) เป็นเทคนิคแนวกัน

ความแตกต่างระหว่างพื้นที่ (Buffering) เป็นการหาพื้นที่ภายในระยะห่างที่แน่นอนจากจุด หรือเส้นที่กำหนดให้ เช่น การกำหนดแนวพื้นที่กันชน (Buffer) โดยรอบสถานพยาบาลในระหว่างพื้นที่ป้องกันควบคุมโรค และพื้นที่เฝ้าระวังโรคโรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่⁽⁷⁻¹⁰⁾ และกรณีที่ 3 เป็นเทคนิคแบ่งพื้นที่แบบโวโรนอยด์ (Voronoi tessellation) เป็นการแบ่ง "พื้นที่อิทธิพล" จัดเป็นกลุ่มย่อย ซึ่งสามารถสร้างรูปได้ 2 ส่วน ระหว่างจุดต่างๆ ที่กระจายความแตกต่างระหว่างระดับเชิงพื้นที่ เช่น การแบ่งระดับเขตการรับผิดชอบของเทศบาลเป็นสองแห่ง⁽¹¹⁻¹⁴⁾

ประเทศไทยในอดีตที่ผ่านมา เริ่มมีงานวิจัยจำนวนไม่มากนักที่ใช้ Spatial dataset เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อย่างไรก็ตาม ในการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคของความแตกต่างระหว่างพื้นที่ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ โดยมีงานวิจัยน้อยมากที่สุด แต่ถ้าหากกล่าวถึงการการฝึกอบรม บุคลากรด้านการใช้งาน GIS เพิ่งเริ่มมีความก้าวหน้า แต่อาจยังไม่ครอบคลุม ความหลากหลาย และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการตรวจคัดกรองโรคนัก ซึ่งที่ผ่านมาประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านระบาดวิทยา อาจจะมีมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยทำนายผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รูปแบบ หรือแนวโน้มของโรค 2) ด้านระบบการเข้าถึงบริการสาธารณสุข อาจจะมีมุ่งเน้นประโยชน์ เช่น การเข้าถึงระบบสุขภาพ การกระจายการบริการสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรบุคคลในสถานพยาบาล ความไม่เท่าเทียมกันในการรักษา รวมทั้งการวางแผนเชิงนโยบายของภาครัฐ 3) ด้านชีวสถิติ เช่น เริ่มนำหลักคณิตศาสตร์ประยุกต์มาพัฒนาใช้ในการทำแอปพลิเคชันมือถือเข้ากับปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence) เพื่อการรับบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก รวมทั้งเพิ่มช่องทางด่วนพิเศษ เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) ด้านมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การวิเคราะห์ฝุ่นละอองขนาดเล็กมากในอากาศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ หรือที่รู้จักกันดี คือ PM 2.5 และ PM 10 ของความแตกต่างระหว่างพื้นที่ในประเทศไทย เป็นต้น

ในบทความวิชาการนี้ ผู้เขียนได้จัดแบ่งกลุ่มในมุมมองใหม่ (New perspectives) ซึ่งมีความครอบคลุมจำนวน 3 ประเด็นหลัก ที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ได้แก่ ด้านประชากรศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านนิเวศวิทยา เพื่อรวบรวม และสรุปข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคของความแตกต่างระหว่างพื้นที่ โดยอัปเดตล่าสุด ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้สนใจ นำไปประยุกต์ใช้ในยุคศตวรรษที่ 21 ในเป้าหมายการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากสู่ความเป็นประชาคมอาเซียน (Sustainable Development Goals-SDGs) การมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการศึกษา (Education criteria for performance excellence) และเป็นการช่วยพัฒนาประเทศไทยให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนสืบไป

กรอบแนวคิดบทความวิชาการที่ได้รับรวบรวมจากแนวคิดของ Adger⁽¹³⁾



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออก
ของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท

เนื้อหา

ผู้เขียนทำการรวบรวม เทคนิควิธีการวิเคราะห์ข้อมูลสั้นๆ ในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมยกตัวอย่างประกอบการวิเคราะห์ด้วยข้อมูล 2 ประเภท คือข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial data) และข้อมูลคุณลักษณะหรือข้อมูลเชิงบรรยาย (Attribute data) ซึ่งมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. กรณีข้อมูลเชิงบรรยาย (Attribute data) ได้นำข้อมูลทุติยภูมิจาก 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม R506 ระบาดวิทยา โดยเกี่ยวข้องกับข้อมูลของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) ซึ่งไม่ได้ระบุตัวตน ได้แก่ ด้านประวัติโรค และข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ศาสนา การศึกษา ประวัติการรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลด้านประชากร รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน

ทางด้านกายภาพ เป็นต้น ส่วนที่ 2 รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ โดยเกี่ยวข้องกับข้อมูล ได้แก่ จำนวนความหนาแน่นทางประชากรศาสตร์ เส้นทางหลวงแผ่นดิน เส้นทางหลวงชนบท การถือครองที่ดินและการใช้ที่ดิน และส่วนที่ 3 รวบรวมข้อมูลด้านนิเวศวิทยา โดยเกี่ยวข้องกับข้อมูล ได้แก่ ภูเขา แหล่งน้ำต่างๆ การทำเหมืองแร่ ทรัพยากรน้ำ ทรัพยากรป่าไม้ ทรัพยากรทางทะเล สภาพอากาศ ฝุ่นขนาดเล็ก หมอก และควันพิษ เป็นต้น

2. กรณีข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial data) เป็นข้อมูลที่ได้จากข้อมูลภูมิทัศน์ ซึ่งได้รับตำแหน่งพิกัดข้อมูลที่ตั้ง โรงเรียน อาคารและสิ่งก่อสร้างตำบล อำเภอ ที่ปรากฏในพื้นที่จริง มีขั้นตอน ได้แก่ รวบรวมข้อมูลพิกัดตำแหน่งที่ตั้งโรงเรียน โรงพยาบาล โรงเรียน โรงงานอุตสาหกรรม โรงสีข้าว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศาสนสถาน จากการใช้โทรศัพท์มือถือสำรวจพิกัดดาวเทียม (GPS) รวบรวมค่าพิกัดตำแหน่ง ที่ตั้งโรงเรียน อาคารและสิ่งก่อสร้าง ที่ได้ตรวจสอบกับข้อมูลแผนที่เดินดิน เพื่อยืนยันความถูกต้องแม่นยำ หลังจากนั้นนำมาจัดหมวดหมู่ และแปลงข้อมูลทับซ้อนกัน หลายๆ ชั้นของข้อมูล เพื่อใช้เป็นระบบข้อมูล GIS ต่อจากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาทั้งหมด เพื่อทำการบันทึกในลักษณะของอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (Electronic file) และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป จากนั้นนำข้อมูลต่างๆ เข้าโปรแกรมด้านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ “ArcMap” และ “DBF Plus” ใช้ข้อมูลที่ได้นำมาสำรวจความถูกต้องแม่นยำ และวิเคราะห์ข้อมูลผ่านฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์ ที่มีหน่วยความจำ (Ram) 8 กิกะไบต์ หรือใช้ซอฟต์แวร์มือถือ ชนิดแอนดรอยด์ หรือสมาร์ทโฟนที่มีหน่วยความจำสูง เพื่อแปลผลภาพที่เห็นได้จริงในขั้นตอนต่อไปข้างล่างนี้

ในบทความนี้ ผู้เขียนได้รวบรวม ทบทวนวรรณกรรม และยกตัวอย่างประกอบการนำเสนอตัวอย่างภาพพื้นที่จริง เพื่อให้ผู้อ่านได้เห็นภาพจริงของการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่อำเภอ ตำบล การวิเคราะห์และจำแนกประเภทของข้อมูล เช่น ที่ตั้ง ข้อมูลที่จำแนกประเภทแล้วไปยังฐานข้อมูลนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์แหล่งที่ตั้ง ซึ่งสามารถรองรับกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ กลุ่มนักท่องเที่ยวท่องเที่ยวเชิงธุรกิจ เชื่อมต่อการรับ-ส่งต่อเพื่อดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์จากสิ่งที่อำนวยความสะดวก รวมทั้งสถานที่ใกล้ที่สุดกับสถานพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้รับมา ทำการพัฒนาระบบค้นหาเส้นทางจากสถานที่ท่องเที่ยวและที่พักไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง สำหรับการรักษาโรคไข้เลือดออก ที่อยู่ใกล้เคียงที่สุด เดินทางเร็วที่สุด ผู้เขียนได้พัฒนาต่อยอดจาก อัลกอริทึมของไดจ์สตรา (Dijkstra's algorithm) ที่เป็นหลักการคำนวณทางคณิตศาสตร์ประยุกต์ของ Dijkstra⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นการนำเอาทฤษฎีกราฟ โดยใช้เวอร์เท็กซ์ (Vertex) และเส้น (Edge) แทนค่าลักษณะของทางหลวงชนบท และทางหลวงแผ่นดินที่เชื่อมต่อกัน กำหนดระยะทาง ระหว่างจุดเป็นตัวเลขทางคณิตศาสตร์ประยุกต์ ลงไปในกราฟ โดยเรียกกราฟดังกล่าวว่า “กราฟถ่วงน้ำหนัก” (Weighted graph) คือ กราฟเส้นที่เชื่อมโยงทางหลวงชนบทและทางหลวงแผ่นดินทุกเส้นทาง มีค่าถ่วงน้ำหนัก ที่มีค่าเป็นจำนวนจริงที่ไม่ติดลบ⁽¹⁴⁾ สำหรับการคำนวณหาระยะทางที่สั้นที่สุด จากจุดเริ่มต้น (Start_Vid) ไปยังจุดสิ้นสุด (End_vid) ซึ่งสามารถคำนวณระยะได้ทั้งระยะทางตรง (Direct graph) และระยะทางอ้อม (Indirect graph)^(15,16) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณทางคณิตศาสตร์ประยุกต์ ดังต่อไปนี้

จากสูตร $G = (V, E)$

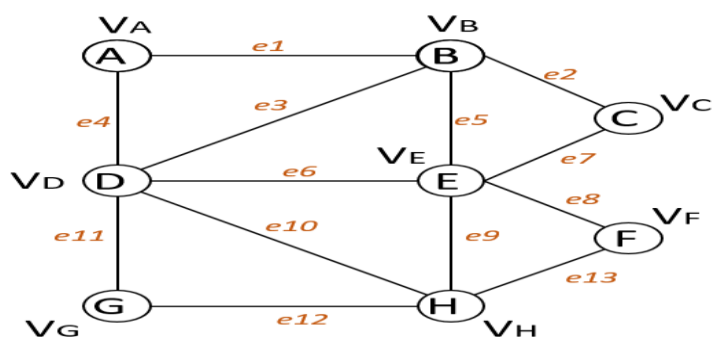
กำหนดให้ $V(G) =$ เซตของเวอร์เท็กซ์ ในกราฟ

$E(G) =$ เซตของเส้น (Edge) ในกราฟ

$V(x) = \min\{V(x), W(x) + d(y)\}$

$d(y) = \text{dist}(v, y) \mid \min \{(14)\}$

$W(x) = \text{weight}(i, j) \mid \text{Distance from } i \text{ to } j : \text{edge}(i, j)$



ภาพที่ 2 กราฟทิศทางการทำงานจากจุดเริ่มต้นไปยังจุดสิ้นสุดของ Dijkstra⁽¹⁷⁾

กราฟถ่วงค่าน้ำหนัก

$G_d = (V, E)$ กำหนดโดย เซตของเวอร์เทกซ์ (V)

$V = \text{source } U \text{ target } U \text{ startvid } U \text{ endvid}$

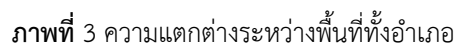
เซตของเส้น (E) $\{(source_i, target_i, cost_i) \text{ เมื่อ } cost \geq 0\}$ if reverse_cost = $\emptyset$

$E = \{(source_i, target_i, cost_i) \text{ เมื่อ } cost \geq 0\}$

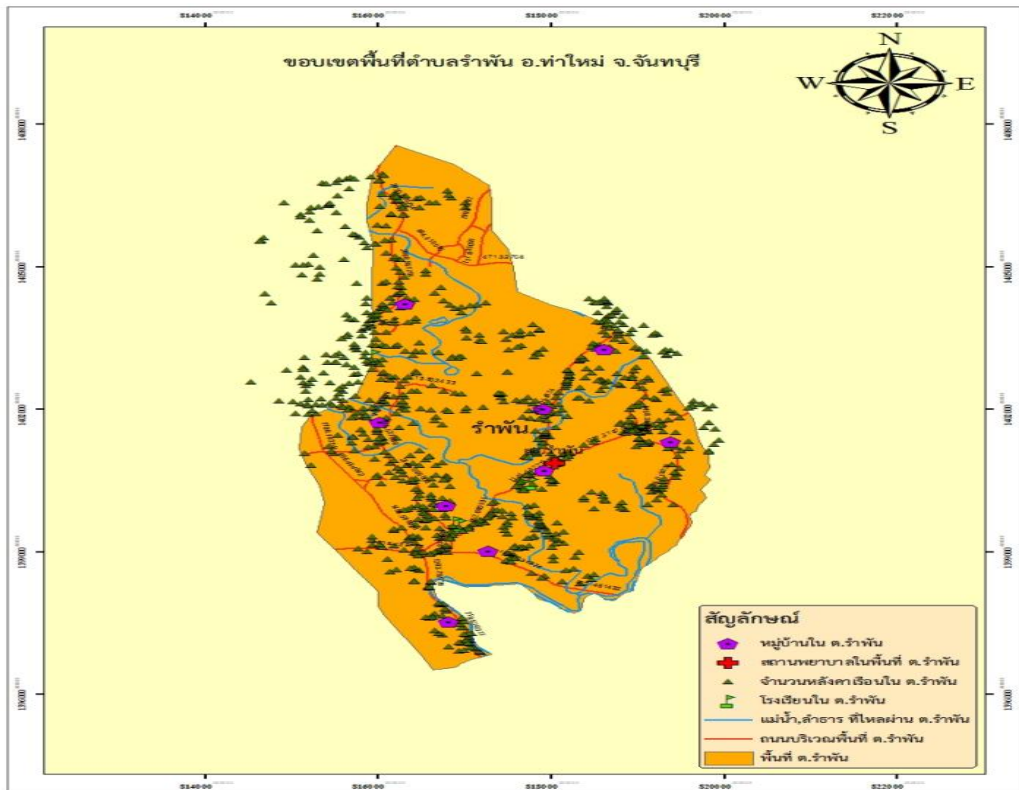
$U\{(source_i, target_i, reverse_cost_i) \text{ เมื่อ } \{reverse_cost \geq 0\} \text{ if } reverse_cost \neq \emptyset$

จากสมการสามารถสร้างมุมมองใหม่ ได้ 3 ประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท ด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ จำนวนประชากร ความหนาแน่นของประชากร การศึกษา รายได้ การสาธารณสุข การรักษาความสงบเรียบร้อย สวัสดิการสังคม เป็นต้น พบว่า แต่ละตำบลมีความหนาแน่นของประชากรแตกต่างกัน

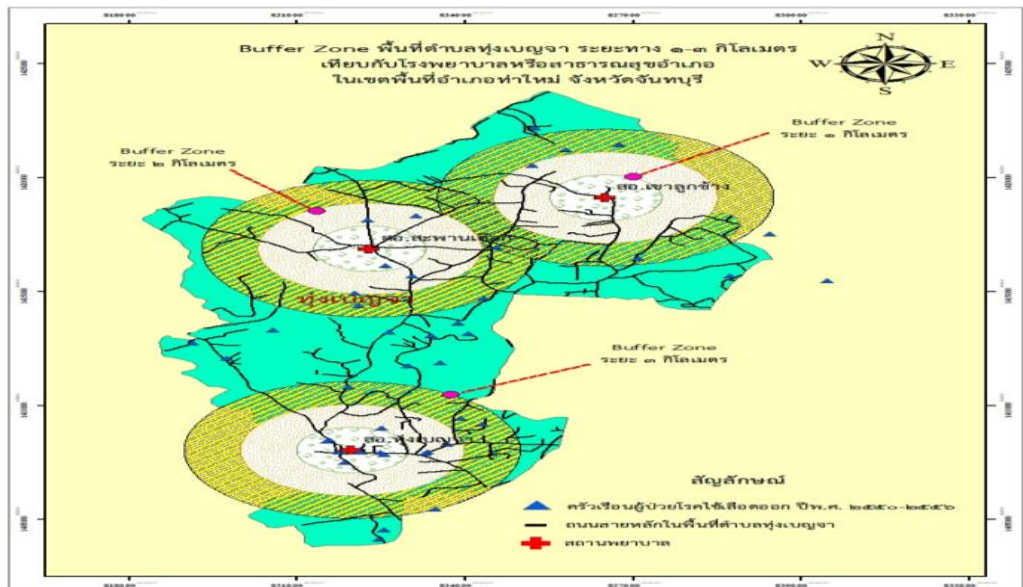


ภาพที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ตำบลลำพัน มีจำนวนโรงเรียน ก่อสร้างติดๆ กันหนาแน่นมาก ซึ่งเป็นอาคารหรือสิ่งปลูกสร้าง หากเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก พื้นที่เหล่านี้ อาจจะมีแหล่งที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญ และอาจจะแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกได้อย่างรวดเร็วได้

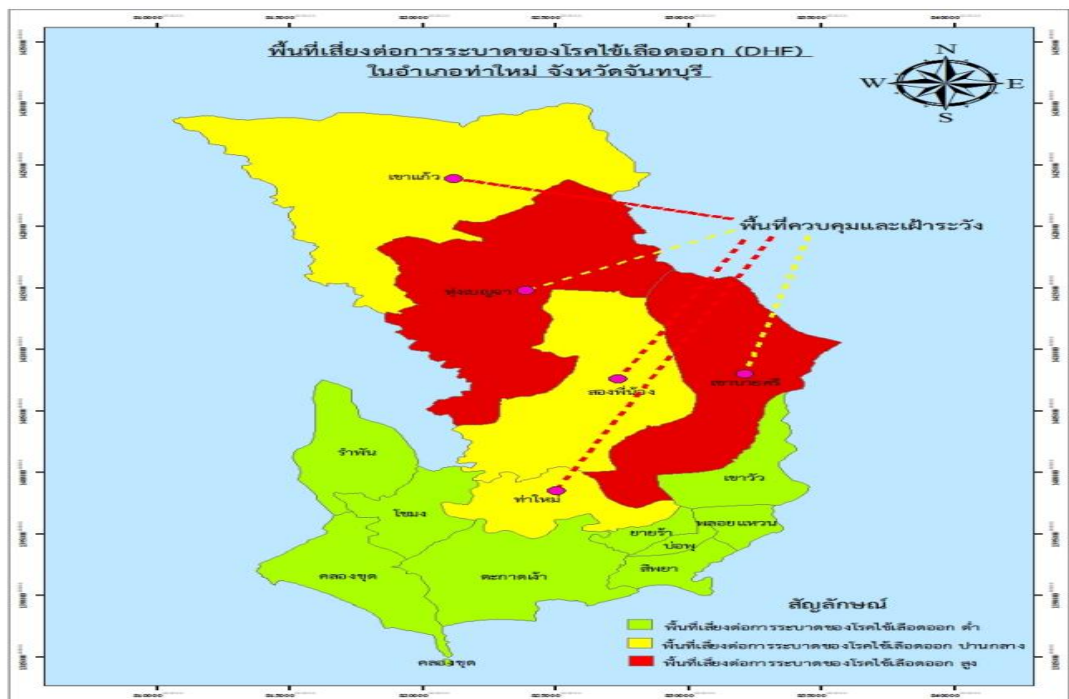


ภาพที่ 4 ความแตกต่างระหว่างพื้นที่เฉพาะตำบล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท ด้านเศรษฐกิจ สังคม ได้แก่ อาคารที่พักอาศัย ไฟฟ้า ประปา ทางหลวง ทางชนบท การสื่อสารและโทรคมนาคม การใช้ประโยชน์ที่ดิน สภาพการผลิตพืชเกษตรกรรม การประมง การปศุสัตว์ โรงเรียน โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนโรงงานอุตสาหกรรม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศาสนสถาน อาคารพาณิชย์ และการบริการ การท่องเที่ยว การธนาคาร เป็นต้น พบว่า มีการเข้าไปถือครองที่ดิน และใช้ประโยชน์ที่ดินเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างเช่น สร้างโรงเรียน อาคารพาณิชย์และการบริการ แต่ใช้พื้นที่การเกษตรกรรมลดลง การใช้เส้นทางหลวงแผ่นดินหรือทางหลวงชนบท ระยะทางที่ใกล้ที่สุด การกำหนดพื้นที่เสี่ยงสูง กลาง ต่ำ ในการกำหนดกันชน และการเฝ้าระวังโรค⁽¹⁸⁾

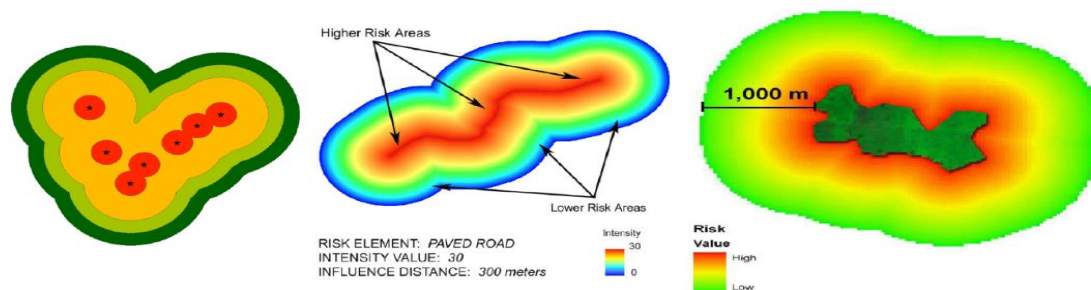


ภาพที่ 5 กำหนดแนวพื้นที่กันชน (Buffer)

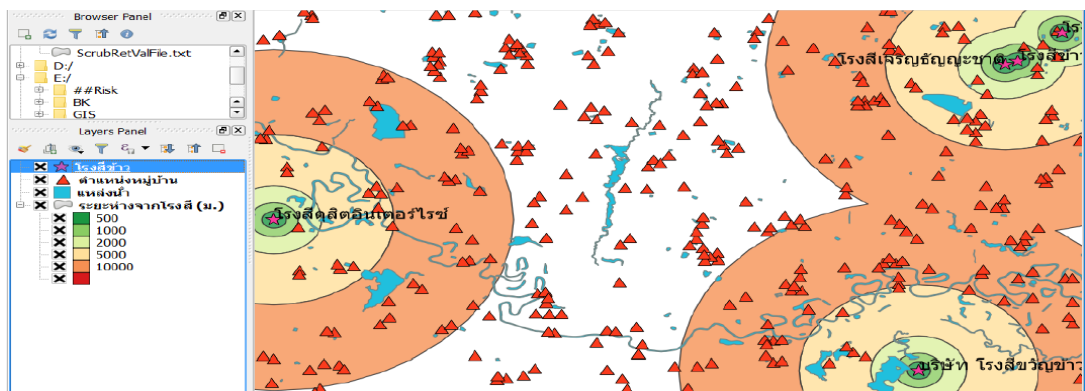


ภาพที่ 6 กำหนดพื้นที่โรคระบาด และการเฝ้าระวังโรค

3. การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท ด้านนิเวศวิทยา ได้แก่ ภูเขา แหล่งน้ำต่างๆ การทำเหมืองแร่ ทรัพยากรน้ำ ทรัพยากรป่าไม้ ทรัพยากรทางทะเล สภาพอากาศ ฝุ่นขนาดเล็ก หมอก และควันพิษ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น พบว่าสภาพอากาศ มีอุณหภูมิเฉลี่ย 30 องศาเซลเซียส อาจเหมาะสมแก่การเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก และระยะห่างแหล่งน้ำกับแหล่งมลพิษ และที่ตั้งโรงเรียน อาจเหมาะสมต่อการได้รับฝุ่นขนาดเล็ก จากการตั้งโรงสีข้าว และ เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้⁽¹⁹⁻²⁰⁾



ภาพที่ 7 การวิเคราะห์ระยะห่าง และอุณหภูมิ กับความแตกต่างระหว่างพื้นที่



ภาพที่ 8 ระยะห่างของแหล่งน้ำ และที่ตั้งโรงเรียนกับแหล่งมลพิษ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

บทสรุป

บทความวิชาการเรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบทนี้ เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลพื้นที่ที่ต้องการด้วย GIS เท่านั้น ซึ่งจะทำให้เห็นถึงเส้น จุดต่างๆ และโพลีกอนของพื้นที่นั้นๆ (Spatial database) ซึ่งผู้เขียนได้สะท้อนมุมมองใหม่ และอาจจะเห็นภาพชัดเจนกว่า GPS นำทางหรือดูจาก Google map สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการตรวจ ติดตาม ประเมินผลการคัดกรอง หลากหลายโรค ทั้งในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ อุตติซ้ำ โรคมะเร็ง และโรคอื่นๆ เชิงสุขภาพได้ เพื่อนำไป

ประยุกต์ใช้กับคุณลักษณะต่างๆทางด้านประชากรศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านนิเวศวิทยา สามารถกำหนดพื้นที่ “ก้นชน” “การกำหนดพื้นที่ระบาด และพื้นที่เฝ้าระวังโรค” “กำหนดระยะห่าง และอุณหภูมิกับความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท” “กำหนดระยะห่างระหว่างที่ตั้งโรงเรียน และแหล่งน้ำกับแหล่งมลพิษ” ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ เหมาะกับยุคดิจิทัล ดิสรั賓

ดังนั้น ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้สนใจ สามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้ เพื่อพัฒนาต่อยอด และตัดสินใจเลือกพื้นที่รณรงค์หรือประชาสัมพันธ์โครงการตรวจคัดกรองโรคต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้จริง

ข้อจำกัดบทความวิชาการ (Limitations)

บทความวิชาการนี้ อาจจะมีข้อจำกัดในด้านการยกตัวอย่างพื้นที่จริงบางแห่งในเขตเมืองและเขตชนบทเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมภาคต่างๆ ทั่วประเทศไทย ซึ่งความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปตามระดับโซนอุณหภูมิ ฤดูกาล ระยะห่าง ระยะเวลาการหากินของยุง ลักษณะภูมิศาสตร์ พื้นแหล่งกักเก็บน้ำ แหล่งเพาะปลูก ที่อยู่อาศัย โรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อการใช้เลือกออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบททั้งสิ้น ดังนั้น ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้สนใจ ต้องกำหนดลักษณะขอบเขตการศึกษาให้ชัดเจนตามบริบทต่างๆตามพื้นที่จริง

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflicts of interest)

ทีมผู้เขียนบทความวิชาการ ไม่ได้รู้จักและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflicts of interest) กับเจ้าของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ หรือหนังสือ หรือตำรา หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท ด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ ใดๆทั้งสิ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้ข้อมูลความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและชนบท มาจำลองภาพด้วยแอปพลิเคชันมือถือ หรือโน้ตบุ๊ก มาประยุกต์กับด้านสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงเฉพาะกลุ่มโรคที่สำคัญกับปัญหาสุขภาพของคนไทย
2. ควรใช้โปรแกรมฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์ ที่มีหน่วยความจำ (RAM) สูง อาจมากกว่า 8 กิกะไบต์ขึ้นไป เพื่อช่วยเหลือในการวิเคราะห์และประมวลผลที่รวดเร็ว ซับซ้อน ถูกต้องและแม่นยำ ป้องกันการความไม่สะดวกขณะทำงานหรือระบบไม่ประมวลผล (Error) ได้
3. ควรใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการรองรับการจองของนักท่องเที่ยวหลากหลายชนิด เช่น การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ และการท่องเที่ยวเชิงธุรกิจได้

ข้อเสนอแนะการศึกษาในครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาต่อยอดให้เป็นแอปพลิเคชันด้านสุขภาพทุกชนิดในแอปพลิเคชันเดียว ที่สามารถใช้กับมือถือชนิดแอนดรอยด์ หรือ สมาร์ทโฟน เพื่ออำนวยความสะดวกต่อผู้ใช้งานที่มีพฤติกรรมหลากหลายในยุคดิจิทัลสืบค้น
2. ควรพัฒนาต่อยอดให้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ที่มีฐานข้อมูลแบบเรียลไทม์ ที่สามารถประมวลข้อมูลหลากหลายแหล่ง (Big data) หลากหลายชั้นของโรค ในกลุ่มอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย เช่น จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง พื้นที่เฝ้าระวังโรค พื้นที่ระบาดโรค พื้นที่กันชน พร้อมทั้งแจ้งเตือนแยกรายพื้นที่ เช่น พื้นที่เฝ้าระวัง พื้นที่เสี่ยงต่ำ พื้นที่เสี่ยงปานกลาง และพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก
3. ควรพัฒนาต่อยอด โดยการนำบุคลากรที่เกี่ยวข้องทางด้าน Spatial dataset อื่นๆ มาบูรณาการข้ามศาสตร์ หรือ Up-skills, Re-skills เพื่อให้งานมีมุมมองหลากหลายด้านแนวความคิด นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ แยกแยะ และสร้างสร้างผลงาน ผลิตภาพ (Productive learning) ให้ได้ใช้คุณประโยชน์ร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Chareonsook O, Foy HM, Teeraratkul A, Silarug N. Changing epidemiology of dengue hemorrhagic fever in Thailand. *Epidemiology and Infection*. 1999;122(1):161-6.
2. Clark DV, Mammen MP, Nisalak A, Puthimethee V, Endy TP. Economic impact of dengue fever/dengue hemorrhagic fever in Thailand at the family and population levels. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2005;72(6):786-91.
3. Dijkstra EW. A note on two problems in connexion with graphs. *Numerische mathematik*. 1959;1(1):269-71.
4. Barbehenn M. A note on the complexity of Dijkstra's algorithm for graphs with weighted vertices. *IEEE transactions on computers*. 1998;47(2):263.
5. Demb JB. Multilevel Factors in Cancer Screening [dissertation]. San Francisco, CA: University of California, San Francisco; 2018.
6. Shariff-Marco S, Breen N, Stinchcomb DG, Klabunde CN. Multilevel predictors of colorectal cancer screening use in California. *The American journal of managed care*. 2013;19(3):205.
7. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Soobader M-J, Subramanian S, Carson R. Geocoding and monitoring of US socioeconomic inequalities in mortality and cancer incidence: does the choice of area-based measure and geographic level matter? the Public Health Disparities Geocoding Project. *American journal of epidemiology*. 2002;156(5):471-82.

8. Martin V, Pfeiffer DU, Zhou X, Xiao X, Prosser DJ, Guo F, et al. Spatial distribution and risk factors of highly pathogenic avian influenza (HPAI) H5N1 in China. *PLoS pathogens*. 2011;7(3):e1001308.
9. Lopez D, Gunasekaran M, Murugan BS, Kaur H, Abbas KM, editors. Spatial big data analytics of influenza epidemic in Vellore, India. 2014 IEEE international conference on big data (Big Data); 2014: IEEE.
10. Gilbert M, Chaitaweesub P, Parakamawongsa T, Premashtira S, Tiensin T, Kalpravidh W, et al. Free-grazing ducks and highly pathogenic avian influenza, Thailand. *Emerging infectious diseases*. 2006;12(2):227.
11. Zheng J, Zhang Z, Ciepluch B, Winstanley AC, Mooney P, Jacob R, editors. A PostGIS-based pedestrian way finding module using OpenStreetMap data. 2013 21st International Conference on Geoinformatics; 2013: IEEE.
12. Lethanh N, Adey BT, Burkhalter M. Determining an optimal set of work zones on large infrastructure networks in a GIS framework. *Journal of infrastructure systems*. 2018;24(1):04017048.
13. Adger WN. Social and ecological resilience: are they related? *Progress in human geography*. 2000;24(3):347-64.
14. Galpern P, Ladle A, Uribe FA, Sandalack B, Doyle-Baker P. Assessing urban connectivity using volunteered mobile phone GPS locations. *Applied Geography*. 2018;93:37-46.
15. Shortliffe EH, Cimino JJ. *Biomedical informatics: Computer applications in health care and biomedicine: Fourth edition*: Springer London; 2014. 1-965 p.
16. Chadha C, Garg S, editors. Shortest path analysis on geospatial data using PgRouting. *International Conference on Innovative Computing and Communications*; 2019: Springer.
17. Ghanadian SA, Ghanbartehrani S. Application of Social Network Analysis in Evaluating Risk and network resilience of Closed-Loop-Supply-Chain. *arXiv preprint arXiv:211000652*. 2021.
18. Choosumrong S, Raghavan V, editors. REAL-TIME COST UPDATES BASED ON CURRENT TRAFFIC CONDITION FOR OPTIMAL ROUTING PLANNING. *Proceedings of The 32nd Asian Conference on Remote Sensing (ACRS 2011), Taipei, Taiwan*; 2011.
19. Buafueang P. A study of the application of Geographic Information System (GIS) for studying the spread of Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) outbreak within Tamai District, Chanthaburi. 2013: 1-118.
20. กรมอุตุนิยมวิทยา. คู่มือการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) เพื่อการนำเสนอข้อมูล อุตุนิยมวิทยา; 2560; 1-101.

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเทคนิคการขับชี้เชิงป้องกัน ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับชี้รถกระจายสินค้าและอุบัติการณ์ทางถนน ของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในจังหวัดชลบุรี

สิทธิชัย สิงห์สุ*, พรณิ บุญชรหัตถกิจ **, รัฐพล ศิลปรัศมี***, กิตติพงษ์ สอนล้อม****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมเทคนิคการขับชี้เชิงป้องกันต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับชี้รถกระจายสินค้าและอุบัติการณ์ทางถนน ก่อนทดลอง หลังทดลอง 3 เดือน และติดตาม 6 เดือน ของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือตัวแทนพนักงานขับรถกระจายสินค้า 1 คนต่อ 1 โรงงานในจังหวัดชลบุรี มีจำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73, 0.74 และ 0.76 ตามลำดับ และใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำก่อน หลัง และติดตาม (One-way repeated-measures ANOVA) และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับชี้เชิงป้องกันก่อนอบรมอยู่ในระดับต่ำ และหลังอบรม 3 เดือน อยู่ในระดับสูง และหลังอบรม 6 เดือน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความถี่ของการอุบัติการณ์ทางถนนของพนักงานหลังอบรม 3 เดือน ลดลงร้อยละ 78.00 และหลังอบรม 6 เดือนลดลงร้อยละ 54.41 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ทางถนนของพนักงาน ก่อนอบรม 3 เดือน กับหลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 จากผลการศึกษาสามารถนำรูปแบบการฝึกอบรมเทคนิคการขับชี้เชิงป้องกันไปใช้ในฝึกการอบรมให้พนักงานเพื่อควบคุมพฤติกรรมในการขับชี้รถกระจายสินค้าให้มีความปลอดภัย และสามารถป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานได้

คำสำคัญ: การขับชี้เชิงป้องกัน; อุบัติการณ์ทางถนน; พฤติกรรมความปลอดภัย; พนักงานขับรถกระจายสินค้า

* นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ ภาควิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

*** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: สิทธิชัย สิงห์สุ Email: Sittichai.singsu@vru.ac.th

รับบทความ: 26 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 11 พ.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 11 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 ธ.ค. 66

The Effect of Defensive Driving Technique Training Program on Safety Behavior in Driving and Road Incidents of the Distributing Goods Drivers in Chonburi

Sitichai Singsu^{*a}, Pannee Banchonhattakit^{**},
Ratthapol Sillaparassamee^{***}, Kittipong Sornlorm^{****}

Abstract

This research aimed to investigate the impact of a defensive driving training program on safety behaviors of drivers transporting goods and road incidents. The study was conducted with a sample group of 30 systematically and randomly selected delivery drivers in Chonburi using the quasi-experimental research design. A questionnaire was employed to measure on knowledge, attitudes and behaviors related to safety driving with reliability coefficients of 0.73, 0.74 and 0.76, respectively. One-way repeated-measures ANOVA and Paired t-test were used to analyze the data collected before the training, after 3 months, and at the 6-month follow-up. The results showed that the safety behaviors in defensive driving were low before the training. After 3 months of the training, safety behaviors significantly increased to a high level and after 6 months of the training, safety behaviors remained at a moderate level. The frequency of road incidents decreased by 78.00 % after 3 months of training and 54.41% after 6 months. In summary, the research demonstrates that the defensive driving training program effectively increased safety behaviors and reduced the frequency of road incidents among the delivery drivers. This research provides valuable insights into the positive effects of defensive driving training programs and can be used the model to train employees to control the behavior of distributing goods drivers be safe and can prevent for road accidents among drivers in factories.

Keywords: Defensive driving training; Road Incidents; Safety behavior; Distributing goods drivers

^{*} Doctoral Candidate, Program on Health System Management, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

^{**} Associate Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

^{***} Instructor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

^{****} Assistant Professor, Faculty of Public Health, Khan Kaen University

^a Corresponding author: Sitichai singsu Email: Sittichai.singsu@vru.ac.th

Received: Oct. 26, 23; Revised: Nov. 11, 23; Accepted: Nov. 11, 23; Published Online: Dec. 11, 23

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก WHO พบว่าไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยแบ่งตามภูมิภาค พบว่าประเทศไทยยังคงมีอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุด โดยอยู่ที่ 32.7 คน ต่อประชากร 1 แสนคน ตามมาด้วยเวียดนาม 26.4 คน และมาเลเซีย 23.6 คน⁽¹⁾ สถานการณ์ของปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทยมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นในปัจจุบัน จากข้อมูลสถิติอุบัติเหตุจราจรปี พ.ศ. 2564 มีสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับสูง 13,656 ราย และมีผู้บาดเจ็บสะสม จำนวน 897,126 ราย⁽²⁾ และจากข้อมูลสถิติอุบัติเหตุรถบรรทุกของกรมขนส่งทางบก พบว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2562 มีการเกิดอุบัติเหตุรถบรรทุกในประเทศไทยจำนวน 4,044 ครั้ง มีพนักงานขับรถบรรทุกสินค้าได้รับบาดเจ็บรวมจำนวน 6,413 ราย และมีพนักงานขับรถบรรทุกสินค้าเสียชีวิตรวม 2,266 ราย ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน⁽²⁾

จากข้อมูลสถิติอุบัติเหตุรถบรรทุกในเขตระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกประเทศไทยของกรมขนส่งทางบก พบว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2562 มีการเกิดอุบัติเหตุรถบรรทุกจำนวน 237 ครั้ง สาเหตุของการอุบัติเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยของพนักงานขับรถบรรทุกสินค้า และความไม่พร้อมของรถบรรทุกสินค้า เช่น การขับด้วยความประมาท ใช้เร็วเกินกฎหมายกำหนด ขับรถตัดหน้าในระยะกระชั้นชิด คนขับหลับใน ไม่ปฏิบัติตามป้ายจราจร และระบบเบรกของรถบรรทุกสินค้าชำรุด รวมถึงสภาพถนนเนื่องจากฝนตก⁽²⁾ ซึ่งข้อมูลมีความสอดคล้องกับทฤษฎีโดมิโนสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุของ Heinrich ที่พบว่าสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 85 เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยของคน และร้อยละ 15 จากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย⁽³⁾ นอกจากอุบัติเหตุบนท้องถนนแล้วยังมีรายงานจากสถิติการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานในเขตระยองเศรษฐกิจตะวันออกได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ในปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลาทั้งหมด 10 ปี เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานจำนวน 134,582 ราย และมีพนักงานเสียชีวิตจำนวน 576 ราย พิกการสูญเสียอวัยวะบางส่วน จำนวน 28,948 ราย และ พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2563 จังหวัดชลบุรีมีสถิติอุบัติเหตุจากการทำงานสูงสุดเป็นลำดับที่ 1 จำนวน 68,692 ราย รองลงมาคือจังหวัดระยองจำนวน 35,512 ราย และจังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 30,378 ราย ตามลำดับ⁽⁴⁾ สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 เกิดจากการตกจากที่สูง จำนวน 6,332 ราย รองลงมาอันดับที่ 2 คือสาเหตุเกิดจากการทำงานบนท้องถนนกับยานพาหนะจำนวน 3,059 ราย และอันดับที่ 3 คือสาเหตุเกิดจากการสัมผัสความร้อนสูง 1,809 ราย แต่สาเหตุที่ทำให้ประสบอันตรายแล้วเกิดการเสียชีวิตมากที่สุด คือ การทำงานกับยานพาหนะบนท้องถนนมีผู้ปฏิบัติงานเสียชีวิต จำนวน 254 ราย⁽⁴⁾ ปัจจุบันจังหวัดชลบุรียังไม่มีรูปแบบการฝึกอบรมการขับขี่เชิงป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าที่ชัดเจน มีเพียงกฎหมายจราจรและการบังคับใช้ที่ยังไม่สามารถควบคุมหรือลดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้

อุบัติเหตุบนท้องถนนเกิดจากพฤติกรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยของพนักงานเป็นส่วน พนักงานควรมีเทคนิคการขับขี่เชิงป้องกันที่ดี แนวคิดตามทฤษฎีของ Beanland⁽⁵⁾ เทคนิคการขับขี่เชิงป้องกันซึ่งเป็นกลยุทธ์การขับขี่ที่ปลอดภัยเพื่อช่วยให้ผู้ขับขี่ยานยนต์มีความปลอดภัยจากอันตราย และ

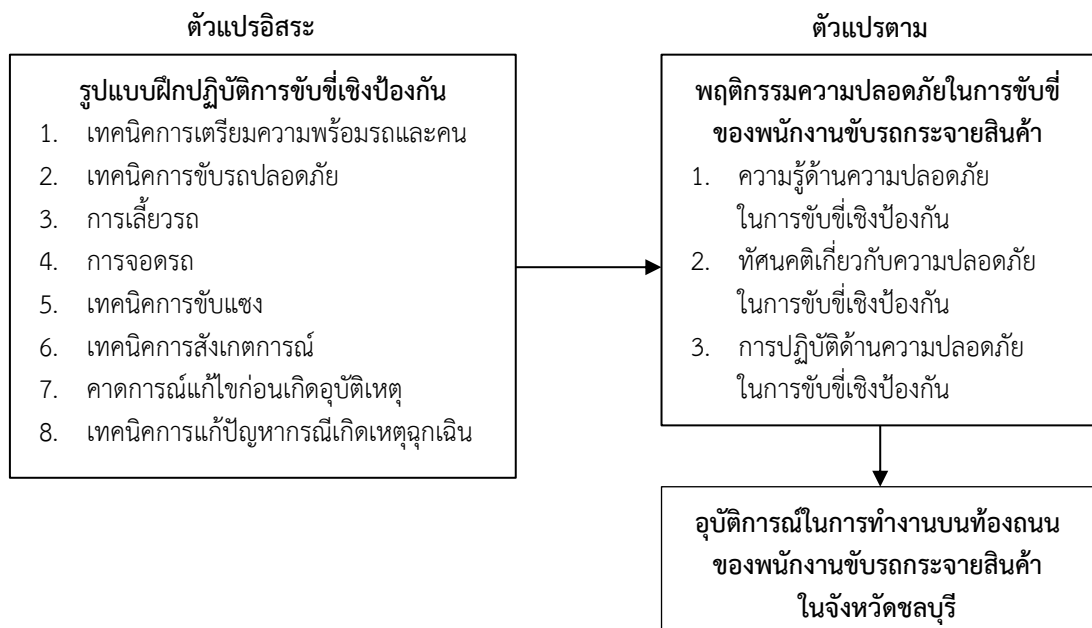
การเกิดอุบัติเหตุ ผู้ขับขี่จะต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกาย ช่วงสังเกต และวางแผนล่วงหน้า ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร การมีจิตสำนึกด้านความปลอดภัย เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการขับรถซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการเตรียมความพร้อม เทคนิคการขับรถ การเลี้ยวรถ การจอดรถ เทคนิคการขับแซง เทคนิคการสังเกตการณ์ คาดการณ์แก้ไขก่อนเกิดอุบัติเหตุและเทคนิคการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน จากการศึกษาของ Kelly⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกอบรมการขับขี่เชิงป้องกันในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าผู้เรียนมีทักษะขั้นพื้นฐานในการขับขี่ดีขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติจริงในการขับขี่รถประจำวันและการฝึกอบรมการขับขี่เชิงป้องกันยังช่วยลดการละเมิดกฎจราจรของผู้ขับขี่ได้ และยังเพิ่มทักษะและความรู้เรื่องการขับขี่ที่ปลอดภัยให้ผู้เข้าอบรมนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การขับขี่บนท้องถนนของผู้เข้าอบรม

จากสภาพปัญหาของการเกิดอุบัติเหตุและอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้า ในจังหวัดชลบุรี ดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมเทคนิคการขับขี่เชิงป้องกันต่อพฤติกรรมและอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้บริหารสถานประกอบกิจการ สามารถนำมาวางแผนฝึกอบรมเทคนิคการขับขี่เชิงป้องกันต่อพฤติกรรมและอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรีในสถานประกอบกิจการประสบความสำเร็จในการลดและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในจังหวัดชลบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมเทคนิคการขับขี่เชิงป้องกันต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถกระจายสินค้า และอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดซ้ำก่อน-หลัง และติดตามทดลอง (Pretest-posttest-follow-up control design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมเทคนิคการขับขี่เชิงป้องกันต่อพฤติกรรมการขับขี่และอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในจังหวัดชลบุรี ทำการศึกษาระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือน 1 เมษายน 2566-23 ตุลาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือพนักงานขับรถจัดส่งสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี จำนวน 2,732 โรงงาน⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือตัวแทนพนักงานขับรถกระจายสินค้า 1 คนต่อโรงงานจังหวัดชลบุรี จำนวน 25 คนกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของ Cohen⁽⁸⁾ สำหรับทดสอบสถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในการวิจัยผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยมีจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) พนักงานขับรถกระจายสินค้าที่ผ่านช่วงของการทดลองงานตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป, 2) พนักงานขับรถกระจายสินค้าที่มีใบอนุญาตขับขี่ชนิดที่ 2 ชนิดที่ 3 ชนิดที่ 4, 3) พนักงานที่ไม่เป็นโรคลมบ้าหมูชักกระตุก, 4) พนักงานที่เกิดอุบัติเหตุในการทำงานบนท้องถนนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และ 5) พนักงานยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออกในการศึกษา 1) พนักงานขับรถผู้รับเหมาชั่วคราวให้กับโรงงาน 2) พนักงานตาบอดสี

เกณฑ์ถอนตัว 1) พนักงานที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมอบรมหลักสูตรการขับขี่เชิงป้องกัน

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้

จากจำนวนประชากรทั้งหมด 2,732 โรงงานของจังหวัดชลบุรี ต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ตัวอย่าง หาช่วงห่างโดย $2,732 \div 30 \approx 91$ จากนั้นทำสลากกำกับหมายเลข 1-91 ถ้าจับฉลากได้หมายเลขได้เริ่มต้นให้เป็น 1 และนับต่อไปจนกระทั่งครบ 30 กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้สถานประกอบกิจการคัดเลือกพนักงานที่ผ่านเกณฑ์ของการวิจัยเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 คนต่อ 1 โรงงานจะได้ทั้งหมด 30 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในทดลอง คือรูปแบบการฝึกอบรมการฝึกปฏิบัติการขับขี่เชิงป้องกัน แบ่งออกเป็นอบรมภาคทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติการขับขี่เชิงป้องกันรวมระยะเวลา 12 ชั่วโมง จากที่มหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิของกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ทำการการฝึกอบรมภาคทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติการขับขี่เชิงป้องกัน ประกอบด้วย เทคนิคการเตรียมความพร้อมรถ และคน เทคนิคการขับรถปลอดภัย การเลี้ยวรถ การจอดรถ เทคนิคการขับแซง เทคนิคการสังเกตการณ์ คาดการณ์แก้ไขก่อนเกิดอุบัติเหตุ และเทคนิคการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ในวันที่ 23 และ 24 เมษายน 2566 โดยมีรายละเอียดของรูปแบบดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการฝึกปฏิบัติการขับชี้เชิงป้องกัน 12 ชั่วโมง

รูปแบบการฝึกปฏิบัติการขับชี้เชิงป้องกัน 12 ชั่วโมง	
กำหนดการการฝึกปฏิบัติการขับชี้เชิงป้องกัน วันที่ 1 อบรมภาคทฤษฎี	
เวลา	หัวข้อ
- ระยะเวลา 30 นาที	- ที่มาและความสำคัญ
- ระยะเวลา 30 นาที	- เทคนิคการเตรียมความพร้อมรถ และคน
- ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	- เทคนิคการขับรถปลอดภัย
- ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	- การเลี้ยวรถอย่างปลอดภัย
- ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	- การจอดรถอย่างปลอดภัย
- ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	- เทคนิคการขับแซงอย่างปลอดภัย
- ระยะเวลา 30 นาที	- เทคนิคการสังเกตการณ์แก้ไขก่อนเกิดอุบัติเหตุ
- ระยะเวลา 30 นาที	- เทคนิคการแก้ปัญหากรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน
กำหนดการฝึกปฏิบัติการขับชี้เชิงป้องกัน วันที่ 2 ภาคปฏิบัติ	
เวลา	หัวข้อ
- ระยะเวลา 1 ชั่วโมง	- ตรวจสอบสภาพความพร้อมรถ และคนขับรถกระจายสินค้า
- ฝึกปฏิบัติการขับชี้จริงบนถนน คนละ 10 นาที รวมทั้งหมด ใช้ ระยะเวลา 5 ชั่วโมง	- ฝึกปฏิบัติการขับชี้จริงประกอบด้วย เทคนิคการขับรถอย่างปลอดภัย, เทคนิคการเลี้ยวรถอย่างปลอดภัย, เทคนิคการจอดรถอย่างปลอดภัย, เทคนิคการขับแซงอย่างปลอดภัย, เทคนิคการสังเกตการณ์แก้ไขก่อนเกิดอุบัติเหตุ

ประเภทที่ 2 คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้ความปลอดภัยในการขับชี้เชิงป้องกันเป็นแบบ 2 ตัวเลือกคือ ถูก/ผิด จำนวน 20 ข้อ การแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลพิจารณาจากเกณฑ์ของ Bloom⁽⁹⁾ คือ มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80-100; 16-20 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79; 12-15 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60; 0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 2 วัดทัศนคติความปลอดภัยในการขับชี้เชิงป้องกัน การประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยผู้ตอบคำถามเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อคำถามการแปลผลคะแนนพิจารณาจากเกณฑ์ของ Best⁽¹⁰⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติดี มีค่าเฉลี่ย (2.34-3.00 คะแนน) ทัศนคติปานกลาง (1.68-2.33 คะแนน) และทัศนคติไม่ดี (1.00-1.67 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการขับชี้เชิงป้องกัน ในการทำงานบนท้องถนนของพนักงาน การประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ การปฏิบัติทุกครั้ง (มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือมากกว่านั้น) ให้ 3 คะแนน, มีปฏิบัติเป็นบางครั้ง (มีการปฏิบัติน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือน้อยกว่านั้น)

ให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ(ไม่เคยปฏิบัติเลย)) ให้ 1 คะแนน โดยผู้ตอบคำถามเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อคำถาม มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนพิจารณาจากเกณฑ์ของ Best⁽¹⁰⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนน (2.34-3.00 คะแนน) พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (1.68-2.33 คะแนน) และพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (1.00-1.67 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของพนักงาน เป็นแบบเติมคำ เช่น ในระยะเวลา 3 เดือนท่านเกิดอุบัติเหตุทางถนนในการขับขี่รถกระจายสินค้ากี่ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ประเมิน และหาคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงาน เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบบวัดความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.73 และแบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74 และ 0.76 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับสถานประกอบการ กิจกรรมกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการสุ่มแล้ว เพื่อขอให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน ในวันที่ 23-24 เมษายน 2566 โดยติดต่อผ่านช่องทางโทรศัพท์ และอีเมล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สร้างกลุ่มไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเพื่อติดตามผลของโปรแกรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังอบรม 3 เดือน และระยะติดตามผล 6 เดือน ตอบกลับผ่านช่องทาง Google ฟอรัม ออนไลน์ในวันที่ 23 กรกฎาคม 2566 และ 23 ตุลาคม 2566 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และสรุปวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้จากการตอบกลับแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analytical statistics) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อการวิเคราะห์เกี่ยวกับลักษณะข้อมูล ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งงานของพนักงาน ขับรถกระจายสินค้าในจังหวัดชลบุรี และใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated-measure ANOVA) และ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ และความถี่อุบัติเหตุในการทำงานบนท้องของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน, หลัง 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน ภายหลังการฝึกปฏิบัติการขับขี่เชิงป้องกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการทำวิจัยในมนุษย์และคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย ก่อนการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเสนอโครงการวิจัย ผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี และงานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขการรับรอง 002/2566 เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสามารถถอนตัวออกจากโปรแกรมฯ ได้ตลอดโดยไม่กระทบต่อการรักษาของอาสาสมัคร ข้อมูลวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม หลังจากสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้ง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 100.00 มีอายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 76.67 มีสถานภาพแต่งงานแล้วคิดเป็นร้อยละ 63.33 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.33 มีประสบการณ์การขับขี่รถกระจายสินค้ามากที่สุด 1 ถึง 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33

2. ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกันของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน พบว่าพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีมีระดับความรู้ก่อนเข้าอบรมการขับขี่เชิงป้องกันส่วนมากอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 66.67 มีทัศนคติส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.00 และมีการปฏิบัติด้านความปลอดภัยส่วนมากอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 53.33 หลังอบรม 3 เดือนพนักงานส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.67 มีทัศนคติส่วนมากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.67 และมีการปฏิบัติด้านความปลอดภัยส่วนมากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.33 และระยะติดตามผล 6 เดือน พนักงานส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 มีทัศนคติส่วนมากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00 และมีการปฏิบัติด้านความปลอดภัยส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.67 แสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกันของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน (n=30)

ตัวแปร	ก่อนอบรม คน (ร้อยละ)	หลังอบรม 3 เดือน คน (ร้อยละ)	ระยะติดตามผล 6 เดือน คน (ร้อยละ)
ความรู้			
สูง	2 (6.67)	29 (96.67)	30 (100)
ปานกลาง	8 (26.67)	1 (3.33)	0 (0.00)
ต่ำ	20 (66.67)	0 (0.00)	0 (0.00)
Mean±SD	9.80±3.24	18.03±1.47	19.27±0.83

ตารางที่ 2 (ต่อ) ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกันของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน (n=30)

ตัวแปร	ก่อนอบรม คน (ร้อยละ)	หลังอบรม 3 เดือน คน (ร้อยละ)	ระยะติดตามผล 6 เดือน คน (ร้อยละ)
ทัศนคติ			
ดี	5 (16.67)	26 (86.67)	30 (100)
ปานกลาง	18 (60.00)	4 (13.33)	0 (0.00)
ต่ำ	7 (23.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
Mean±SD	1.92±0.36	2.71±0.31	2.80±0.20
การปฏิบัติ			
สูง	2 (6.67)	25 (83.33)	11 (36.67)
ปานกลาง	12 (40.00)	5 (16.67)	14 (46.67)
ต่ำ	16 (53.33)	0 (00.00)	5 (16.67)
Mean±SD	1.68±0.37	2.62±0.26	2.13±0.50

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกันของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นหลังการอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน และเมื่อมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานมีค่าเพิ่มขึ้นหลังการอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน และเมื่อมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการทำงานมีค่าเพิ่มขึ้นหลังการอบรม 3 เดือน ส่วนระยะติดตามผล 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยลดลง เมื่อมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และแต่ผลเปรียบเทียบระหว่างหลังการอบรม 3 เดือน กับระยะติดตามผล 6 พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกันของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน (n=30)

ตัวแปร	ความรู้			ทัศนคติ			การปฏิบัติ		
	$\bar{X}$	SD	t-test	$\bar{X}$	SD	t-test	$\bar{X}$	SD	t-test
ก่อนการอบรม	9.80	3.24	11.61**	1.92	0.65	11.79**	1.68	0.68	12.37**
หลังอบรม	18.03	1.47		2.70	0.56		2.61	0.47	
ก่อนการอบรม	9.80	3.24	14.25**	1.92	0.65	12.39**	1.68	0.68	4.75**
ระยะติดตามผล	19.27	0.83		2.80	0.20		2.13	0.50	
หลังอบรม	18.03	1.47	4.43**	2.70	0.56	1.42	2.61	0.47	-4.39**
ระยะติดตามผล	19.27	0.83		2.80	0.20		2.13	0.50	
F-test	F=178.34, df=89**			F=78.92, df=89**			F=43.30, df=89**		

ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ One-way repeated measure ANOVA, ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired t-test

** p-value < 0.001

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุบัติเหตุการทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า ก่อนอบรม 3 เดือน พนักงานมีการเกิดอุบัติเหตุการทางถนนจำนวน 68 ครั้ง หลังการอบรม 3 เดือน มีจำนวน 15 ครั้ง และระยะติดตามผล 6 เดือน 37 ครั้ง เมื่อนำค่าเฉลี่ยการเกิดอุบัติเหตุการทางถนนของพนักงานมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุบัติเหตุการทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน (n=30)

อุบัติเหตุการทางถนน	การประเมิน				
	จำนวนครั้ง	$\bar{X}$	SD	t-test	Sig.
ก่อนการอบรม 3 เดือน	68	2.27	0.98	-7.73	0.001
หลังการอบรม 3 เดือน	15	0.50	0.50		
ก่อนการอบรม 3 เดือน	68	3.49	11.85	-4.35	0.001
ระยะติดตามผล 6 เดือน	37	2.39	6.49		
หลังการอบรม 3 เดือน	15	0.97	2.65	3.61	0.001

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน (n=30)

อุบัติเหตุทางถนน	การประเมิน				
	จำนวนครั้ง	$\bar{x}$	SD	t-test	Sig.
ระยะติดตามผล 6 เดือน	37	2.39	6.49		
F=33.85, df=89**					
หลังอบรม 3 เดือน อุบัติการณ์ลดลง (ร้อยละ) เมื่อเทียบกับก่อนอบรม = 78.00					
หลังอบรม 6 เดือน อุบัติการณ์ลดลง (ร้อยละ) เมื่อเทียบกับก่อนอบรม = 54.41					

**p<0.01

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยภายหลังการอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน ทำให้ค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีเพิ่มขึ้น และอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีลดลง ด้านความรู้ก่อนอบรมของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ หลังอบรม 3 เดือน พนักงานส่วนมากมีความรู้ในระดับสูง และระยะติดตามผล 6 เดือน พนักงานส่วนมากมีความรู้ในระดับสูง เมื่อนำมาค่าเฉลี่ยของความรู้มาเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.001$ หมายความว่า ผลของรูปแบบอบรมการขับขี่เชิงป้องกันทำให้พนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีมีความรู้ในเรื่องของความปลอดภัยในการขับขี่รถกระจายสินค้าเพิ่มขึ้น และด้านทัศนคติก่อนอบรมของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีก่อนอบรมส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง หลังอบรม 3 เดือน พนักงานส่วนมากมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง และระยะติดตามผล 6 เดือน พนักงานส่วนมากมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาค่าเฉลี่ยของทัศนคติมาเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.001$ หมายความว่า ผลของรูปแบบอบรมการขับขี่เชิงป้องกันทำให้พนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีมีทัศนคติในเรื่องของความปลอดภัยในการขับขี่รถกระจายสินค้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากพนักงานมีรับรู้ในสิ่งที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร ชินสมพล⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานขับรถบรรทุกน้ำมัน พบว่าภายหลังการให้ความรู้ของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานทำให้พนักงานขับรถบรรทุกน้ำมัน มีความรู้ มีทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของพนักงานขับรถบรรทุกน้ำมัน มีค่าเฉลี่ยดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ ในส่วนด้านการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี ก่อนอบรม

ส่วนมากอยู่ในระดับส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ หลังอบรม 3 เดือน พนักงานส่วนมากมีการปฏิบัติด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง และระยะติดตามผล 6 เดือน พนักงานส่วนมากมีการปฏิบัติด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำค่าเฉลี่ยของทัศนคติมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ หมายความว่า ผลของรูปแบบอบรมการขับขี่เชิงป้องกันทำให้พนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีมีการปฏิบัติในเรื่องของความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะที่ต่อเนื่องจากพนักงานมีรับรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีส่งผลให้พนักงานมีพฤติกรรมในการขับขี่ยานพาหนะที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติศักดิ์ ศรีสอน และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิตชิ้นไม้อูคาสับ หจก.พิพัฒน์เจริญกิจ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับสูง ความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.005$ ในส่วนด้านอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรี พบว่าก่อนอบรม 3 เดือน พนักงานมีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 68 ครั้ง หลังการอบรม 3 เดือน มีจำนวน 15 ครั้ง และระยะติดตามผล 6 เดือนมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มมา 37 ครั้ง เมื่อนำค่าเฉลี่ยการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนอบรมการขับขี่เชิงป้องกัน, หลังอบรม 3 เดือน และระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly MJ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การฝึกอบรมการขับขี่เชิงป้องกันในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า ผู้เรียนมีทักษะขั้นพื้นฐานในการขับขี่ดีขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติจริงในการขับขี่ยานพาหนะและการฝึกอบรมการขับขี่เชิงป้องกันยังช่วยลดการละเมิดกฎจราจรของผู้ขับขี่ได้และยังเพิ่มทักษะและความรู้เรื่องการขับขี่ที่ปลอดภัยให้ผู้เข้าอบรมนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการขับขี่ยานพาหนะของผู้เข้าอบรม ทั้งนี้ในส่วนระยะติดตามผล 6 เดือน มีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานเพิ่มมา 37 ครั้ง เพราะการขาดควบคุมอย่างเป็นระบบที่ต่อเนื่อง

โดยสรุปจากผลการศึกษาวิจัยข้างต้นคือรูปแบบการฝึกอบรมเทคนิคการขับขี่เชิงป้องกัน 12 ชั่วโมง ประกอบด้วย เทคนิคการขับอย่างปลอดภัย เทคนิคการเลี้ยวรถอย่างปลอดภัย เทคนิคการจอดรถอย่างปลอดภัย เทคนิคการขับแซงอย่างปลอดภัย เทคนิคการสังเกตการณ์แก้ไขก่อนเกิดอุบัติเหตุ ทำให้ค่าเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการขับขี่เชิงป้องกันของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานจังหวัดชลบุรีดีขึ้น และลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงานได้ในช่วงเวลา 3 เดือนหลังจากนั้นพบว่ามีจำนวนความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าบนท้องถนนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการอบรมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถกระจายสินค้าในระยะยาวได้ หากขาดการควบคุมอย่างเป็นระบบซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สถาบันมาตรฐานประเทศอังกฤษ⁽¹³⁾ ที่ออกระบบมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานที่เป็นระบบมาตรฐานสากลชื่อ ISO 45001 เพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานจะต้องมีการควบคุมเชิงระบบและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระบบการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานประกอบด้วย การกำหนด

นโยบายด้านความปลอดภัยที่ชัดเจนจากผู้บริหาร มีการจัดองค์กรด้านความปลอดภัยมีการกำหนดหน้าที่ของผู้บริหาร หัวหน้างาน คณะกรรมการความปลอดภัยในการทำงานที่ชัดเจน มีแผนงาน และมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน มีการตรวจติดตาม และการทบทวนระบบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. สถานประกอบกิจการควรมีนโยบายในเรื่องอบรมการขับขี่เชิงป้องกันการขับขี่เชิงป้องกันของพนักงานขับรถกระจายสินค้าให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานขององค์กร
2. สถานประกอบกิจการควรมีการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะการขับขี่เชิงป้องกันแก่พนักงานขับรถกระจายสินค้าก่อนเริ่มทำงาน และทบทวนเป็นระยะเพื่อให้พนักงานมีทักษะการขับขี่เชิงป้องกันในตัวเอง ซึ่งจะส่งผลให้พนักงานมีพฤติกรรมในการขับขี่รถกระจายสินค้าที่ปลอดภัยมากขึ้น และสามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติการณ์บนท้องถนนได้
3. ภาครัฐบาลควรออกเป็นกฎหมายให้สถานประกอบกิจการมีการอบรมให้ความรู้ และทบทวนอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับทักษะการขับขี่เชิงป้องกันแก่พนักงานขับรถกระจายสินค้าในโรงงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในรูปแบบวิจัยและพัฒนา โดยการนำแนวคิดการขับขี่เชิงป้องกันและแนวคิดระบบการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานขององค์กรร่วมกัน ไปทดลองใช้กับสถานประกอบกิจการและติดตามเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโมเดล

เอกสารอ้างอิง

1. Bunnag N. SDG News: WHO เผยรายงาน ‘ไทย’ เสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้มีกฎหมายจราจรในเกณฑ์ดี [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 31] เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmovement.com/2021/02/10/who-global-status-report-on-road-safety-2018/>
2. กรมการขนส่งทางบก. ข้อมูลอุบัติเหตุรถบรรทุก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://data.go.th/dataset/actruck>
3. Heinrich M. Industrial Accident Prevention. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1959.
4. สำนักงานประกันสังคมและกองทุนทดแทน. สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน ปี 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 28] เข้าถึงได้จาก: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/84b88f068b29c808bf3efe3302802234.pdf
5. Beanland V, Huemmer I. The effectiveness of advanced driver training [Internet]. 2021 [Cited 2023 Aug 31]. Available from: <https://www.nzta.govt.nz/assets/resources/research/reports/677/677-the-effectiveness-of-advanced-driver-training.pdf>

6. Kelly MJ, Stanley LM. Effects of Defensive Vehicle Handling Training on Novice Driver Safety: Phase 2. Advanced Driving Training [Internet]. 2006 [Cited 2023 Aug 31]. Available from: <https://rosap.ntl.bts.gov/view/dot/24881>
7. Department of Industrial Works. Information of Factories in the EEC [Internet]. 2022. [Cited 2022 Aug 11] Available from: <https://data.go.th/dataset/facproveec>
8. Cohen J. A power primer. Psychol Bull. 1992 Jul;112(1):155-9. doi: 10.1037//0033-2909.112.1.155.
9. Block JH. Mastery Learning: Theory and Practice. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
10. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10th ed. Cape Town: Pearson Education Inc.; 2006.
11. สุภาพร ชินสมพล, ณัฐฤติ กกกระโทก, นิพัทธวรรณ แสงพรหม, ปภาดา เมธีวรรณกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานขับรถบรรทุกน้ำมัน : กรณีศึกษา บริษัทแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2565;8(1):82-96.
12. จิตติศักดิ์ ศรีสอน, รชนี ทศราช, วรรณ วรรณศรี. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิตชิ้นไม้ยูคา หจก.พิพัฒน์เจริญกิจ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเฉลิมกาญจนา. 2563;7(2): 301-8.
13. British Standards Institution (BSI). ISO 45001 มาตรฐานระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ส.ค. 31]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bsigroup.com/th-TH/occupational-health-and-safety-iso-45001/>

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

จิตรลดา พิมพ์ศรี*, เรืองศิริ ภาณุเวช**, อีราภรณ์ สัตยมุข***, รุจิระชัย เมืองแก้ว****a

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยแบบ Intervention research รูปแบบ Historical control design เก็บข้อมูลแบบ Retrospective data collection ในผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจล้มเหลวที่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระหว่างปี 2565-2566 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปทางคลินิกของผู้ป่วย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ วัดผลลัพธ์หลัก คือการสอดท่อช่วยหายใจซ้ำ เปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มด้วย Risk difference regression

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้โปรแกรมหย่าเครื่องช่วยหายใจ 146 ราย เป็นกลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบเดิม 61 ราย กลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบใหม่ 85 ราย มีอายุเฉลี่ย 59.29 (± 14.58) ปี และ 62.54 (± 16.82) ปี SOS score แรกรับเฉลี่ย 5.25 (± 1.21) และ 4.56 (± 1.61) ตามลำดับ ระยะเวลาของการสอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาหย่าเครื่องช่วยหายใจ และวันนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตภายในทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสอดท่อช่วยหายใจซ้ำในกลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบเดิม 8 ราย (13.11%) กลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบใหม่ 2 ราย (2.35%) เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรถ่วง และ Weight ด้วยคะแนนความโน้มเอียง (Propensity score) แล้ว พบว่าโปรแกรม Weaning แบบใหม่สามารถลดการสอดท่อช่วยหายใจซ้ำได้ 20% (95% CI, 0.05-0.82) ($p=0.025$) ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่สามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแล และร่วมวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพได้

คำสำคัญ: การหย่าเครื่องช่วยหายใจ; การสอดท่อช่วยหายใจซ้ำ, วันนอนในโรงพยาบาล;
โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

*** อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก

a Corresponding author: รุจิระชัย เมืองแก้ว Email: rujirachaim@hotmail.com

รับบทความ: 1 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 16 พ.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 16 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 19 ธ.ค. 66

Effectiveness of the Ventilator Weaning Program in Medical Intensive Care Unit, Nong Bua Lamphu Hospital

Jitlada Pimsri^{*}, Rueangsiri Panuwet^{**},
Teeraporn Suttayamook^{***}, Rujirachai Muangkaew^{****a}

Abstract

This intervention research with historical control design aimed to study effectiveness of new ventilator weaning program. The retrospective clinical data were collected during 2022-2023. Data analysis included averages, standard deviations, frequencies, percentages, and comparisons of main outcome measures between 2 groups using risk difference regression.

The results showed that among 146 patients who were intubated and used the ventilator weaning program. 61 patients were in the traditional weaning program while 85 patients were in the new weaning program. The average ages were 59.29 (± 14.58) and 62.54 (± 16.82) years, the average SOS scores at first admission were 5.25 (± 1.21) and 4.56 (± 1.61), respectively. The duration of Endotracheal tube inserted time to wean and days of hospital stay in ICU between two groups were not significantly different. Repeated tracheal intubation in the traditional weaning program group were 8 cases (13.11%), while 2 cases (2.35%) were in the new weaning program when adjusted for the influence of confounding variables and weight. New weaning program was able to reduce tube insertion. Repeated ventilations were 20% (95%CI, 0.05-0.82) ($p=0.025$). The new ventilator weaning program can be used as a guideline for care and joint planning with the doctor to promote effective weaning.

Keywords: Ventilator weaning; Re-intubation; Length of stay (LOS); Weaning protocol

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Medical Intensive Care Unit, Nong Bua Lamphu Hospital

^{**} Registered Nurse, Senior Professional Level, Department of Anesthesiology, Nong Bua Lamphu Hospital

^{***} Nephrologist, Nong Bua Lamphu Hospital

^{****} Lecturer, Faculty of Nursing, Northern College, Tak Province

^a Corresponding author: Rujirachai Muangkaew Email: rujirachaim@hotmail.com

Received: Oct. 1, 23; Revised: Nov. 16, 23; Accepted: Nov. 16, 23; Published Online: Dec. 19, 23

บทนำ

เครื่องช่วยหายใจเป็นเทคโนโลยีขั้นสูงที่ใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตที่มีระบบหายใจล้มเหลว ให้ได้รับออกซิเจน และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพียงพอต่อร่างกาย⁽¹⁾ แม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะมีประโยชน์อย่างมากในการรักษาชีวิตผู้ป่วย แต่การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator weaning) ให้เร็วที่สุดเมื่อหมดข้อบ่งชี้ เป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้กัน เพราะจะเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น 1) ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia: VAP) ซึ่งจะพบใน ผู้ป่วยที่ใช้ MV (Minute Volume: MV) เป็นเวลานานกว่า 48 ชั่วโมง 2) ภาวะกล้ามเนื้อที่กระบังลมเสียหายที่จากเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-induced diaphragm dysfunction: VIDD) และ 3) ภาวะการติดเชื้อในร่างกาย (Sepsis) ได้⁽²⁾

การหย่าเครื่องช่วยหายใจ คือกระบวนการลดการช่วยเหลือผู้ป่วยจากเครื่องช่วยหายใจลงอย่างช้าๆ จนกระทั่งผู้ป่วยไม่กลับมาใช้เครื่องช่วยหายใจอีกครบ 48 ชั่วโมง ซึ่งนับเป็นกระบวนการที่สำคัญ ต้องมีการประเมินความพร้อมและเลือกรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่นิยมใช้ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกรูปแบบ Continuous positive airway pressure (CPAP), Pressure support ventilation (PSV), Synchronized intermittent mandatory ventilation (SIMV) และ T-piece การเลือกรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วย⁽³⁾

การหย่าเครื่องช่วยหายใจแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre-weaning process) เป็นช่วงเวลาของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) ระยะดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning process) เป็นช่วงระยะตั้งแต่เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะเริ่มโดยการเลือกใช้วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning mode) และ 3) ระยะที่เป็นผลลัพธ์ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning outcome) เป็นช่วงสิ้นสุดของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งหมายถึงการหย่าประสบความสำเร็จ⁽⁴⁾ หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ การดูแลหลังการถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในช่วง 24 ชั่วโมง หลังถอดท่อหายใจ โดยมีการบริหารออกซิเจนที่เพียงพอ ผ่านอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือพิจารณาให้ High flow oxygen ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ (Hypoxic respiratory failure) หรือพิจารณาใช้ CPAP/BIPAP⁽⁵⁾ ตามความเหมาะสมในแต่ละราย

หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสถิติผู้ป่วย ปี 2564 มี 676 ราย ปี 2565 มี 656 ราย และปี 2566 มี 336 ราย ใน 6 เดือน และอุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จและได้สอดท่อช่วยหายใจซ้ำ ร้อยละ 20, 19 และ 11 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มสูงขึ้น แม้ว่าเครื่องช่วยหายใจ

จะมีประโยชน์อย่างมากในการรักษาชีวิตผู้ป่วย แต่การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator weaning) ให้เร็วที่สุดเมื่อหมดข้อบ่งใช้เป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้กัน เพราะจะเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น 1) ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia: VAP) ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่ใช้ MV เป็นเวลานานกว่า 48 ชั่วโมง 2) ภาวะกล้ามเนื้อที่กระบังลมเสียหายที่จากเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-induced diaphragm dysfunction: VIDD) และ 3) ภาวะการติดเชื้อในร่างกาย (Sepsis) ได้ นอกจากนี้ การหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ได้เร็วที่สุด ยังช่วยลดอัตราการตาย (Mortality) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ช้า (Prolonged weaning) และลดระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนัก (ICU length of stay: ICU-LOS) รวมทั้งลดการกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Re-intubation) อีกด้วย⁽⁶⁾ แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม ยังพบปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการถอดท่อช่วยหายใจ ส่งผลถึงการเพิ่มวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก และเพิ่มโอกาสการเกิด VAP

หากนำโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถช่วยแก้ปัญหาการถอดท่อช่วยหายใจที่ไม่สำเร็จและการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังการถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิม ทำให้เกิดการพัฒนางานด้านบริการ เพิ่มคุณภาพงานบริการ ลดภาวะแทรกซ้อนและนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติเดิม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Intervention research (Historical control design) เก็บข้อมูลการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective data collection) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาด้วยระบบทางเดินหายใจล้มเหลวที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่รับไว้ที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม 1 ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบทางเดินหายใจล้มเหลวที่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ที่หย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติเดิม โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังปี 2565

กลุ่ม 2 ผู้ป่วยที่มาด้วยระบบทางเดินหายใจล้มเหลวที่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ที่หยาเครื่องช่วยหายใจตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังปี 2566

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัย

จากการศึกษานำร่อง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ ถอดท่อช่วยหายใจได้เร็วกว่า 4.36 เท่า และถอดท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติเดิมที่ร้อยละ 11 ต้องใช้ Successful extubation event ทั้งหมด 27 events กำหนด Withdrawal proportion 0.1 ใช้การทดสอบ two-sided ระดับ Significance=0.05 และ Power=0.90 Hazard ratio 4.36 กำหนดให้ ratio 1 : 1 คำนวณจำนวนผู้ป่วยได้กลุ่มเดิม 59 ราย และกลุ่มใหม่ 59 ราย รวมผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม 118 ราย

โดยผู้ป่วยกลุ่มเดิม เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะหยาเครื่องช่วยหายใจได้ ให้ใช้การดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม ตาม Weaning protocol เดิม โดยโปรแกรม Weaning แบบเดิม ดังนี้ 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจทุกเวรตึก 2) Routine care ventilator 3) แพทย์เจ้าของไข้มีคำสั่งให้ off ETT 4) Observe ด้วยแบบประเมินผู้ป่วยขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ 5) หลัง off ETT ให้ on O₂ cannular or mask with bag ส่วนผู้ป่วยกลุ่มใหม่ ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะหยาเครื่องช่วยหายใจได้ ให้ใช้การดูแลผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ โดยโปรแกรม Weaning แบบใหม่ มีการดูแลตามแนวปฏิบัติ ดังนี้ 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจทุกเวรตึก 2) Routine care ventilator 3) มีการวางแผนการหยาเครื่องช่วยหายใจร่วมกับ แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด 4) แพทย์เจ้าของไข้มีคำสั่งให้ off ETT 5) Observe ด้วยแบบประเมินผู้ป่วยขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ 6) หลัง off ETT ให้ประเมินสภาพผู้ป่วยและเลือกชนิดการให้ออกซิเจนตามข้อบ่งชี้ที่ใช้ O₂ cannular 3-5 LPM หรือ O₂ mask with bag 10 LPM or HFNC เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ระยะเวลาของการสอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาตั้งแต่ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ จนถึงถอดท่อช่วยหายใจ Rapid shallow breathing index (RSBI) successful extubation event re-intubation event

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล: ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ น้ำหนัก ความสูง ข้อวินิจฉัย โรคร่วม และประวัติการใช้แอลกอฮอล์

ข้อมูลระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย ระยะเวลาของการสอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาตั้งแต่ Wean จนถึงถอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาตั้งแต่ Wean จนถึงถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ RSBI ก่อน off ETT และ Cuff leak test

ข้อมูลหลังการถอดท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย ฟังเสียงปอด post off ETT, Post off ETT: เลือกให้ออกซิเจนตามข้อบ่งใช้ Extubation: succeed, Re-intubation และ Length of stay ใน MICU

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย (การวิจัยเชิงทดลอง) ได้แก่ แนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning protocol)

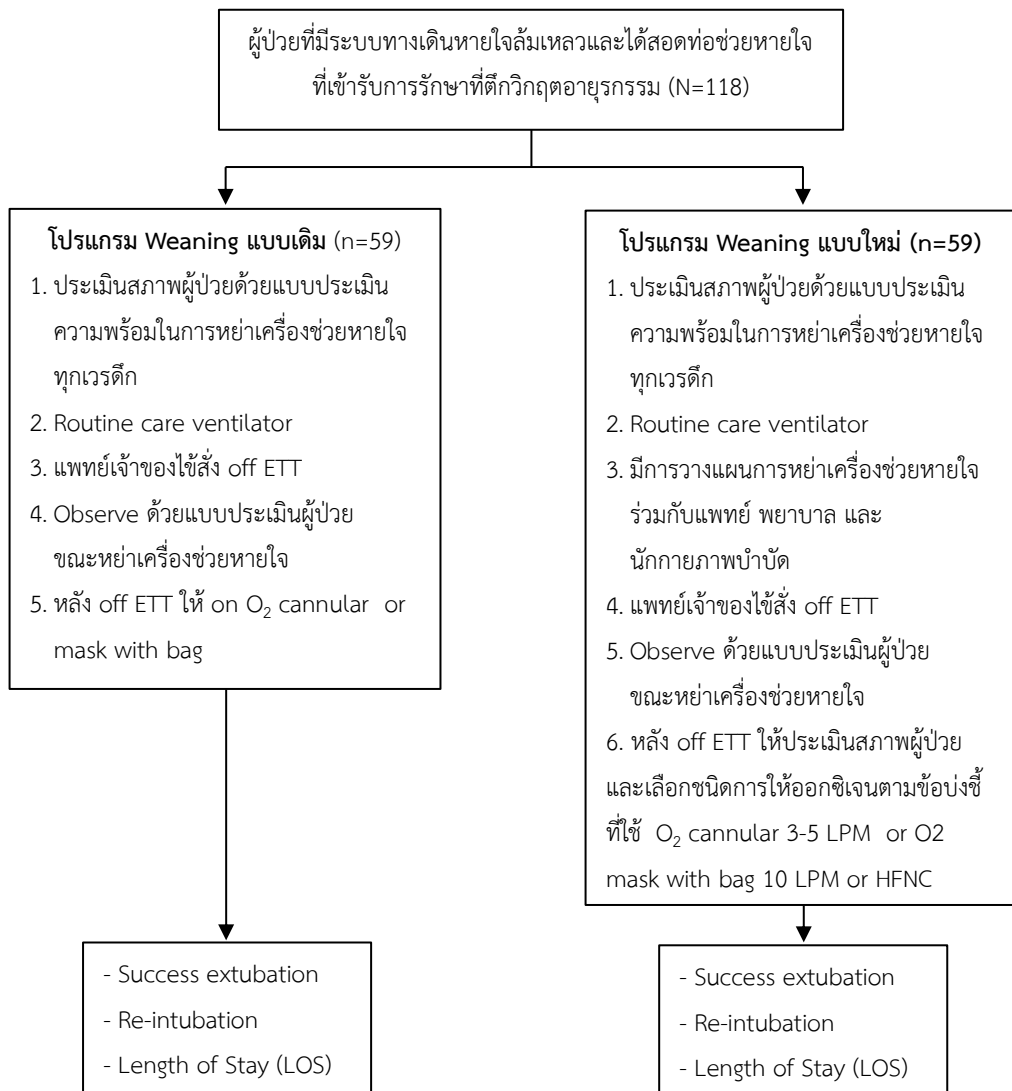
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ดำเนินการโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดย ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยแบบบันทึกข้อมูลการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ 1 ท่าน หัวหน้าตึกวิกฤตอายุรกรรมที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) 1 ท่าน จากนั้นดำเนินการหาความตรงของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ และภาษาที่ใช้ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของข้อมูลทั้งหมด (S-CVI) เท่ากับ 1 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปทางคลินิกของผู้ป่วย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ ทำการปรับความแตกต่างกันของ 2 กลุ่ม โดยใช้ Inverse probability treatment weighting (IPTW) ที่สร้างจาก Multivariable logistic regression model โดยใส่ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเข้ากลุ่มการรักษาในทางปฏิบัติ และตัวแปรทวน คือ Sex, Age, Body weight, Height, SOS score, Pneumonia, COPD with AE, Sepsis, Septic shock, Stroke, DKA, CHF, Volume overload, Seizure, COPD, CKD, DM, HT, Heart, Old CVA, Use steroid และ ประวัติ การดื่มแอลกอฮอล์ ทดสอบความเหมือนระหว่างกลุ่มก่อนและหลัง Weight โดยใช้ Standardized difference วัดผลลัพธ์หลัก คือ การสอดท่อช่วยหายใจซ้ำ เปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มด้วย Risk difference regression ผลลัพธ์รอง คือ Time from weaning to successful extubation, Time from intubation to successful extubation, Time from intubation to weaning initiation, และ Length of stay in MICU โดยใช้ Restricted mean survival time regression based on flexible parametric survival regression

แผนภูมิการทําวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 019/2566 ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยในครั้งนี้ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้มีการอธิบายชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยแก่ญาติและผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในผลการวิจัยเท่านั้น โดยในแบบบันทึกจะเป็นข้อมูลความลับ

ไม่เปิดเผยชื่อ รวบรวมและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม การเก็บรักษาข้อมูลและทำลายข้อมูลเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและได้ใช้โปรแกรมหย่าเครื่องช่วยหายใจ 150 ราย กลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบเดิม เป็นเพศชาย 34 ราย (55.74%) เพศหญิง 27 ราย (44.26%) อายุเฉลี่ย 59.29 (± 14.58) ปี SOS score แรกรับเฉลี่ย 5.25 (± 1.21) คะแนน ส่วนกลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบใหม่ เป็นเพศชาย 57 ราย (67.06%) เพศหญิง 28 ราย (32.94%) อายุเฉลี่ย 62.54 (± 16.82) ปี SOS score แรกรับเฉลี่ย 4.56 (± 1.61) คะแนน กลุ่มโรคส่วนใหญ่เป็น Pneumonia, COPD, Septic shock และ CHF มีโรคร่วมคือ DM และ HT ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบเดิม และกลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบใหม่

ลักษณะทั่วไป	โปรแกรม Weaning แบบเดิม (n=61)		โปรแกรม Weaning แบบใหม่ (n=85)		Unweighted standardized difference	Weighted standardized difference
	n	%	n	%		
เพศ					-0.23	-0.09
ชาย	34	55.74	57	67.06		
หญิง	27	44.26	28	32.94		
อายุ (ปี) Mean ($\pm$ SD)	59.29	± 14.58	62.54	± 16.82	0.21	-0.06
น้ำหนัก (กก.), Mean ($\pm$ SD)	59.13	± 12.13	56.01	± 10.14	-0.28	-0.06
ส่วนสูง (ซม.), Mean ($\pm$ SD)	159.51	± 7.09	160.78	± 6.54	0.19	0.05
SOS score แรกรับ, Mean ($\pm$ SD)	5.25	± 1.21	4.56	± 1.61	-0.48	-0.03
การวินิจฉัยโรค						
Pneumonia	18	29.51	23	27.06	-0.05	-0.11
COPD with AE	2	3.28	15	17.65	0.48	-0.09
Sepsis	3	4.92	6	7.06	0.09	0.09
Septic shock	13	21.31	4	4.71	-0.51	-0.03
DKA	1	1.64	5	5.88	0.22	0.06
CHF	13	21.31	19	22.35	0.03	-0.01
Volume overload	5	8.20	3	3.53	-0.19	-0.06
Seizure	2	3.28	5	5.88	0.12	0.04
โรคร่วม						
Old CVA	5	8.20	11	12.94	0.15	0.09

ตารางที่ 1 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบเดิม และกลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบใหม่

ลักษณะทั่วไป	โปรแกรม Weaning แบบเดิม (n=61)		โปรแกรม Weaning แบบใหม่ (n=85)		Unweighted standardized difference	Weighted standardized difference
	n	%	n	%		
COPD	2	3.28	16	18.82	0.51	-0.07
DM	25	40.98	27	31.76	-0.19	0.11
HT	24	39.34	27	31.76	-0.16	0.04
CKD	15	24.59	9	10.59	-0.37	0.06
Heart	9	14.75	16	18.82	0.11	-0.01
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์	8	13.11	19	22.35	0.24	0.06
ประวัติการได้รับ Steroid ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ	14	22.95	22	25.88	0.07	-0.07

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาของการสอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาของการฝึกหายใจ เพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาตั้งแต่สอดท่อช่วยหายใจจนถึงฝึกหายใจเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ วันนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่ม ไม่ต่างกันทั้งสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสอดท่อช่วยหายใจซ้ำในกลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบเดิม 8 ราย (13.11%) กลุ่มที่ใช้โปรแกรม Weaning แบบใหม่ 2 ราย (2.35%) เมื่อปรับอิทธิพลของเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง SOS score แรกรับ การวินิจฉัย Pneumonia, COPD with AE, Sepsis, Septic shock, DKA, CHF, Volume overload, Seizure และโรคประจำตัว Old CVA, COPD, DM, HT, CKD, Heart ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ และประวัติการได้ Steroid ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ โปรแกรม Weaning แบบใหม่สามารถลดการสอดท่อช่วยหายใจซ้ำได้ 20% (95%CI, 0.05-0.82) ($p=0.025$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก

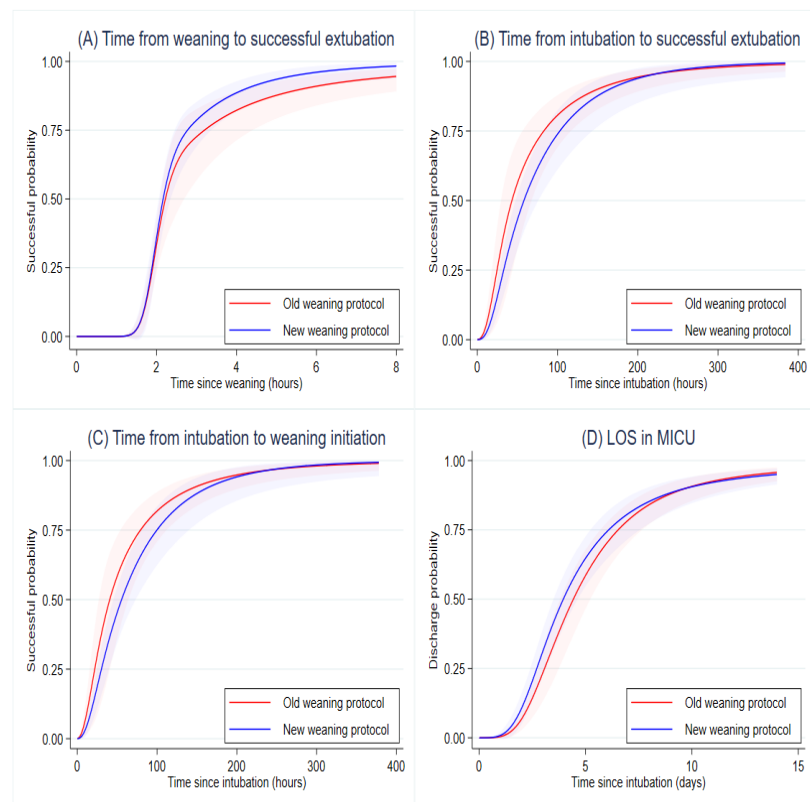
Outcome	โปรแกรม Weaning แบบเดิม (n=61) Adjusted mean	โปรแกรม Weaning แบบใหม่ (n=85) Adjusted mean	Adjusted risk difference	95%CI	p-value
Wean to extubation	2.94	2.62	-0.32	-0.81, 0.16	0.196
Up to 8 hr. (hour)	(2.52, 3.36)	(2.39, 2.88)			
Intubation to extubation (hour)	67 (47.55, 87.19)	78 (60.90, 96.61)	+11	-15.83, 38.60	0.412
Intubation to wean (hour)	63 (44.55, 83.17)	76 (58.32, 93.78)	+12	-14.41, 38.78	0.369

ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลลัพธ์ทางคลินิก

Outcome	โปรแกรม Weaning แบบเดิม (n=61) Adjusted mean	โปรแกรม Weaning แบบใหม่ (n=85) Adjusted mean	Adjusted risk difference	95%CI	p-value
LOS in MICU (day)	5.3 (4.41, 6.16)	4.9 (4.16, 5.66)	-0.38	-1.52, 0.77	0.519
Re-intubation (n, %)	8, 13.11% (3.80, 22.8)	2, 2.35 % (0, 6.15)	RR 0.20	0.05, 0.82	0.025*

หมายเหตุ p-value<0.05

ระยะเวลาของการสอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาของการฝึกหายใจเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ระยะเวลาตั้งแต่สอดท่อช่วยหายใจจนถึงฝึกหายใจเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ วันนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย
วิกฤต ไม่ต่างกันทั้งสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 2 ระยะเวลาของการสอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาของการฝึกหายใจเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ระยะเวลาตั้งแต่สอดท่อช่วยหายใจจนถึงฝึกหายใจเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ และวันนอน
โรงพยาบาลในหอผู้ป่วย

การอภิปราย

จากผลการวิจัยพบว่าการใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยมีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกเวรตึก 2) Routine care ventilator เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ 3) มีการวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด 4) แพทย์เจ้าของไข้มีคำสั่ง off ETT 5) Observe ด้วยแบบประเมินผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ 6) หลัง off ETT ให้ประเมินสภาพผู้ป่วย และเลือกชนิดการให้ออกซิเจนตามข้อบ่งชี้ ที่ใช้ O₂ cannular 3-5 LPM หรือ O₂ mask with bag 10 LPM หรือ HFNC หลังจากการใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมแบบใหม่ สามารถลดการสอดท่อช่วยหายใจซ้ำได้ 20% (95%CI, 0.05-0.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.025$) เมื่อเปรียบเทียบกับ การใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมแบบเดิม ยังส่งผลถึงลดระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนัก (ICU length of stay: ICU-LOS) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Crocker C⁽⁷⁾ ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยพยาบาล มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพอย่างมากในการลดระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hirzallah et al.⁽⁸⁾ ที่ศึกษา Systematic reviews สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การค้นหาจากฐานข้อมูลพบ 369 บทความ ที่เข้าเกณฑ์ 3 เรื่องซึ่งมีผู้ป่วยทั้งหมด 532 คน ถูกรวมไว้ใน การทบทวนครั้งสุดท้าย ข้อมูลที่รวบรวมแสดงให้เห็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ขับเคลื่อนโดยพยาบาล ในการลดระยะเวลาของการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการเข้าพักในหอผู้ป่วยหนัก และระยะเวลานอนโรงพยาบาล (ความแตกต่างเฉลี่ย = -2.9 วัน 95% CI = -4.24 ถึง -1.56, $p=0.00001$) และเสนอแนะว่าแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ขับเคลื่อนโดยพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีผลกระทบเชิงบวกต่อผลลัพธ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ และความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lu⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการขับเคลื่อนของพยาบาลในการจัดทำรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ Spontaneous Breathing Trial (SBT) โดยการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าสามารถลดเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ และลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Ghanbari et al.⁽¹⁰⁾ ที่เปรียบเทียบระหว่างแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ขับเคลื่อนโดยพยาบาล และแนวปฏิบัติ การหย่าเครื่องช่วยหายใจที่อิงตามการตัดสินใจทางคลินิกของแพทย์ในผู้ป่วย ICU พบว่า จาก BWS ระยะเวลาเฉลี่ยของ MV คือ 111.75 ± 33.46 ชั่วโมง ในกลุ่มที่ทำโดยพยาบาล และ 125.12 ± 43.43 ชั่วโมง ในกลุ่มที่ทำโดยแพทย์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในแง่ของระยะเวลา MV ระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($p=0.000$) พบว่าการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจาก MV (BWS) ของพยาบาล เป็นแนวทางที่ปลอดภัยในระหว่างวัน ซึ่งสามารถลดระยะเวลา MV ได้มากกว่าวิธีการทั่วไปอื่นๆ ใน ICU และสอดคล้องกับการศึกษาของ Anckers et al.⁽¹¹⁾ ที่พบว่า Median Duration of

Mechanical Ventilation (MV) ในการขับเคลื่อนของพยาบาล และของแพทย์ คือ 2 และ 4 วัน ตามลำดับ ($p=0.001$) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาเข้าพักในห้องไอซียู (LOS) ในกลุ่มที่ขับเคลื่อนโดยพยาบาล และกลุ่มที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์ คือ 5 และ 7 วัน ตามลำดับ ($p=0.01$) เวลาในการช่วยหายใจเร็วขึ้น 2 ชั่วโมง 13 นาที ในกลุ่มที่ขับเคลื่อนโดยพยาบาล ($p<0.001$) ไม่มีความแตกต่างของ LOS อัตราการตายในโรงพยาบาล อัตราของโรคปอดบวมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องช่วยหายใจ หรืออัตราการกลับคืนสู่ปกติ ระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ตัวพยากรณ์อิสระ 4 ตัว ระยะเวลาหยาเครื่องช่วยหายใจ: การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยพยาบาล อาการเฉียบพลัน และการประเมิน สุขภาพเรื้อรัง การใช้ยากระตุ้นหลอดเลือด และการถ่ายเลือด โดยแพทย์ใน ICU มองการนำระเบียบปฏิบัตินี้ ไปใช้ในทางบวก (คะแนนเฉลี่ย 1.59-1.87 ในระดับคะแนนของลิเคิร์ต 5 ระดับ) สามารถสรุปได้ว่าแนวทางปฏิบัติเพื่อการหยาเครื่องช่วยหายใจจากตัวแปร MV ที่ขับเคลื่อนโดยพยาบาล ICU ทำให้ระยะเวลา MV และ LOS ของ ICU ลดลงในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง โดยไม่มีผลข้างเคียงและเป็นที่ยอมรับของแพทย์ใน ICU เช่นเดียวกับการศึกษาของ Manuela et al.⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผลของแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ใน ICU ที่ศึกษาในเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง ซึ่งมีการเปรียบเทียบการศึกษาในอนาคตกับการศึกษาย้อนหลัง โดยข้อมูลถูกเก็บรวบรวมผ่านบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม ค.ศ.2015 ที่หอผู้ป่วยหนักทางตอนเหนือของโปรตุเกส ตามการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ และเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติพื้นฐานที่จัดทำขึ้นในปีก่อน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย คุณภาพโดยรวมของการหยาเครื่องช่วยหายใจที่สูงขึ้น โดยมีการลดระยะเวลาในการเริ่มการหยาเครื่องช่วยหายใจลดลง 27.3% และเวลาหยาเครื่องช่วยหายใจลดลง 36.6% ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ทำให้คุณภาพโดยรวมของการหยาเครื่องช่วยหายใจดีขึ้น โดยเมื่อเริ่มปฏิบัติตั้งแต่นั้นๆ จะส่งผลให้ระยะเวลาหยาเครื่องช่วยหายใจลดลง

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

การนำโปรแกรมหยาเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ไปใช้สามารถช่วยลดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ และแนะนำเป็นแนวปฏิบัติช่วยให้พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต สามารถดูแลและร่วมวางแผน การหยาเครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งเสริมการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติในเรื่องการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งรวมการถอดท่อหายใจของ The American Thoracic Society และ The American College of chest Physicians⁽¹³⁾ ที่สรุปว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 24 ชั่วโมง ควรมีแนวปฏิบัติในการหยาจากเครื่องช่วยหายใจ เริ่มจากประเมินความพร้อมในทุกด้านทั้งสาเหตุการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ได้รับการแก้ไขแล้ว การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ โดย Weaning parameters ต่างๆ และทำ Spontaneous breathing trial (SBT) ถ้าหากผ่านก็ให้พิจารณาถอดท่อหายใจโดยประเมินการไอ ลักษณะและปริมาณของเสมหะ และทดสอบ Cuff-leak test ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Post-extubation stridor พิจารณาให้ Steroid เพื่อป้องกันหรือรักษา แม้ว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวมาจากหลักฐานทางการแพทย์ที่ไม่มาก และส่วนใหญ่ไม่ได้มาจาก

การศึกษาแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม แต่แนวปฏิบัติดังกล่าวก็เป็นแนวทางที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การดูแลหลังถอดท่อช่วยหายใจก็สำคัญ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในช่วง 24 ชั่วโมงหลังถอดท่อช่วยหายใจ โดยมีการบริหารออกซิเจนที่เพียงพอผ่านอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย หรือพิจารณาให้ High flow oxygen ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ (Hypoxic respiratory failure) หรือพิจารณาใช้ CPAP/BIPAP ดูแลเรื่อง Secretion กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและทำ Deep breathing ให้สารน้ำให้เพียงพอ⁽⁵⁾ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว สิ่งที่ต้องระวังคือการสำลักอาหาร ดังนั้นก่อนเริ่มอาหารทางปากควรมีการทดสอบการกลืนก่อนเริ่มให้กินทางปากเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

การวิจัยในอนาคตเป็นสิ่งจำเป็นในการตรวจสอบ ความรู้ ทักษะ การพยาบาล และความพร้อมของพยาบาลในการมีส่วนร่วมในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่นำโดยพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการไปพัฒนาการ พยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่องประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมสามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์ไพฑูรย์ ใบประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู คุณพัชรี ฤทธิสุนทร หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผศ.ดร.นพ.พิชิต ภูมิวิทย์ ภาควิชาโรคระบบทางเดินหายใจและสรีรวิทยาคลินิก ศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงานการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ยุกา วงศ์สไตร, อรสา พันธักดิ์, สุปรีดา มั่นคง. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ. ราชกิจจานุเบกษา. 2551;14(3):347-65.
2. Peñuelas O, Keough E, López-Rodríguez L, Carriedo D, Gonçalves G, Barreiro E, Lorente JÁ. Ventilator-induced diaphragm dysfunction: translational mechanisms lead to therapeutical alternatives in the critically ill. Intensive Care Med Exp. 2019 Jul 25;7(Suppl 1):48. doi: 10.1186/s40635-019-0259-9.
3. Jeyakumar P, Puri VK. Weaning from mechanical ventilation in adult respiratory distress syndrome. Indian J Anaesth. 2003;47(1):33-6.

4. Henneman EA. Liberating patients from mechanical ventilation: a team approach. *Crit Care Nurse*. 2001 Jun;21(3):25, 27-33.
5. อรุณา ชัยวัฒน์. KEEP MOVING FORWARD/Extubation. วารสารสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. 2565;24:245-53.
6. Trudzinski FC, Neetz B, Bornitz F, Müller M, Weis A, Kronsteiner D, et al. Risk Factors for Prolonged Mechanical Ventilation and Weaning Failure: A Systematic Review. *Respiration*. 2022;101(10):959-969. doi: 10.1159/000525604.
7. Crocker C. The patient requiring complex weaning from mechanical ventilation. In Bench S, Brown K (eds.). *Critical care nursing: Learning from practice*. New Delhi: John Wiley & Sons; 2011.
8. Hirzallah FM, Alkaissi A, do Céu Barbieri-Figueiredo M. A systematic review of nurse-led weaning protocol for mechanically ventilated adult patients. *Nurs Crit Care*. 2019 Mar;24(2):89-96. doi: 10.1111/nicc.12404.
9. Lu S. Nurse-Led Mechanical Ventilation Weaning and Spontaneous Breathing Trial Protocols: A Literature Review [Online]. 2021 [cited 2023 Aug 15]. Available from: https://cdr.lib.unc.edu/concern/honors_theses/rm301975g
10. Ghanbari A, Mohammad Ebrahimzadeh A, Paryad E, Atrkar Roshan Z, Kazem Mohammadi M, Mokhtari Lakeh N. Comparison between a nurse-led weaning protocol and a weaning protocol based on physician's clinical judgment in ICU patients. *Heart Lung*. 2020 May-Jun;49(3):296-300. doi: 10.1016/j.hrtlng.2020.01.003.
11. Danckers M, Grosu H, Jean R, Cruz RB, Fidellaga A, Han Q, et al. Nurse-driven, protocol-directed weaning from mechanical ventilation improves clinical outcomes and is well accepted by intensive care unit physicians. *J Crit Care*. 2013 Aug;28(4):433-41. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.10.012.
12. Oliveira SMR, Novais RMF, Carvalho AAS. Impact of a ventilatory weaning protocol in an intensive care unit for adults. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180287.
13. Girard TD, Alhazzani W, Kress JP, Ouellette DR, Schmidt GA, Truitt JD, et al. An Official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. *Rehabilitation Protocols, Ventilator Liberation Protocols, and Cuff Leak Tests*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017 Jan 1;195(1):120-133. doi: 10.1164/rccm.201610-2075ST.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตรในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

ยุพารัตน์ งามประดิษฐ์^๑, อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา^๒, อารยา ประเสริฐชัย^๓

บทคัดย่อ

กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ เมื่อติดเชื้อแล้วพบว่ามีการรุนแรง ส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนด และเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 จากแม่ จึงถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการฉีดวัคซีนโดยเร็ว เพื่อลดความรุนแรงของโรค แต่พบปัญหาการได้รับการฉีดวัคซีนยังต่ำ การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 371 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยลอจิสติกแบบมัลติโนเมียล

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยสามารถทำนายการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ได้ร้อยละ 35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น กำลังตั้งครรภ์ มีโรคประจำตัว เป็นต้น และกังวลด้านความปลอดภัยของวัคซีน เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร มีความลังเลในการตัดสินใจฉีดวัคซีนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตรวจสอบ และเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรเพิ่มขึ้น เพื่อลดความสับสนของข้อมูล

คำสำคัญ: การตัดสินใจ; วัคซีนโควิด-19; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; สตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร

* นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^๑ Corresponding author: ยุพารัตน์ งามประดิษฐ์ E-mail: yuparathair35@gmail.com

รับบทความ: 26 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 17 พ.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 17 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ม.ค. 67

Factor Affecting Pregnant and Breastfeeding Women's Decisions to Receive a COVID-19 Vaccine in Chiang Mai Province

Yuparat Ngampradit^{*a}, Anunya Pradidthaprecha^{**}, Araya Prasertchai^{***}

Abstract

Pregnant women after infected with COVID-19, tend to have severe symptoms, resulting premature birth of their babies, and the babies are at risk of contracting COVID-19 from their mothers. As a result, they are considered a high-risk group that must be vaccinated as soon as possible to reduce the severity of the disease, however, vaccination rates in this group remain low. This cross-sectional study examined personal factors, COVID-19 related factors, health belief model with the decision to receive COVID-19 vaccine among 371 pregnant and breastfeeding women in Chiang Mai province. Questionnaires were used to collect such information. Descriptive statistics and multinomial logistic regression were used to analyze the data.

Results revealed that educational level, occupation, family income, smoking/drinking history, pregnancy complications after receiving COVID-19 vaccines and health belief model elements (perceived severity and barriers) significantly affected their decisions to get COVID-19 vaccine with predictive value of 35% at the 0.05 significance level. Physical limitations, such as pregnancy/congenital disease, as well as vaccine safety concerns, were major reasons why pregnant and breastfeeding women were hesitant to get vaccinated. To reduce information confusion, relevant organizations should investigate and disseminate more information about the efficacy and safety of vaccines in pregnant and breastfeeding women.

Keywords: Decision making; COVID-19 vaccine; Health Belief Model;
Pregnant and breastfeeding women

^{*} Graduate Student, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

^{**} Instructor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

^{***} Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

^a Corresponding author: Yuparat Ngampradit E-mail: yuparathair35@gmail.com

Received: Oct. 26, 23; Revised: Nov. 17, 23; Accepted: Nov. 17, 23; Published Online: Jan. 7, 24

บทนำ

โรคโควิด-19 หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดในคน ที่ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจ และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ ทำให้มีการระบาดรวดเร็วและกำลังแพร่กระจายไปทั่วโลก โดยเชื้อไวรัสนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2019⁽¹⁾ อาการของโรคมีความแตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยบางรายที่ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการหรือบางรายอาจมีอาการที่รุนแรง ในรายที่ติดเชื้อรุนแรงอาจเกิดภาวะปอดอักเสบและเสียชีวิตได้⁽²⁾ นอกจากนี้โรคโควิด-19 ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานลดการตายมารดาไทยไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด มีมารดาไทยตายจากโรคโควิด-19 จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.58 ของสาเหตุการตายทั้งหมด⁽³⁾

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น และการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽⁴⁾ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่ติดโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงกว่าคนทั่วไป มีโอกาสต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ เพิ่มขึ้น 1.5 เท่าและการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มขึ้น 1.7 เท่า⁽⁵⁾ การติดเชื้อโรคโควิด-19 เพิ่มความเสี่ยงต่อผลการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ⁽⁴⁾ กระตุ้นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม (เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน และความดันโลหิตสูง) ให้มีความรุนแรงมากขึ้น คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่ากำหนด เกิดภาวะปอดแฟบตามธรรมชาติ และทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวได้ เป็นต้น

ข้อมูลระบบรายงานการติดเชื้อโควิด-19 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ตั้งเป้าหมาย สตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย ให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวนทั้งสิ้น 290,000 ราย พบว่า สตรีตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนสะสมเข็มที่ 1 ร้อยละ 44.97 เข็มที่ 2 ร้อยละ 41.12 ในเขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน มีสตรีตั้งครรภ์หญิงหลังคลอดจำนวน 15,906 รายได้รับวัคซีนสะสมเข็มที่ 1 ร้อยละ 59.92 เข็มที่ 2 ร้อยละ 55.69 พบสตรีตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ ติดเชื้อโควิด-19 สะสม 972 ราย ทารกติดเชื้อจากมารดา 19 ราย สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไม่ได้รับการฉีดวัคซีนถึง 539 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.45 โดยส่วนใหญ่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ไม่มีอาการ ร้อยละ 80 มีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 45.16 มีภาวะปอดอักเสบแต่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 4.52 ปอดอักเสบใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 0.32 ทารกแรกเกิดติดเชื้อจากมารดาจำนวน 19 ราย และมีมารดาแท้งจากการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 5 ราย ซึ่งอันตรายจากการติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เขตสุขภาพที่ 1 มีมารดาเสียชีวิตจำนวน 2 ราย และทารกเสียชีวิต จำนวน 6 ราย⁽⁶⁾

การดำเนินงานการได้รับวัคซีนโควิด-19 สตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร เขตสุขภาพที่ 1 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการครอบคลุมการได้รับวัคซีนเข็ม 2 ค่อนข้างต่ำ ซึ่งมีเป้าหมายการฉีดวัคซีนในสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 5,982 ราย ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 29.24 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2

เพียงร้อยละ 27.37⁽⁶⁾ สาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจรับวัคซีนยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจาก สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่กังวลเรื่องความปลอดภัยของวัคซีน และประสิทธิภาพของวัคซีน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ห่างไกลกังวลด้านความปลอดภัยมากกว่าเมื่อเทียบกับชุมชนเมืองที่กังวลด้านประสิทธิภาพ ขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนที่มีการจัดสรรในปัจจุบัน รอวัคซีนชนิดอื่น ความเชื่อ วัฒนธรรม อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ญาติ ชาวในแง่ลบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนทางสื่อสังคม ออนไลน์ ขาดความตระหนัก คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงและมีโอกาสติดเชื้อน้อย⁽⁷⁾

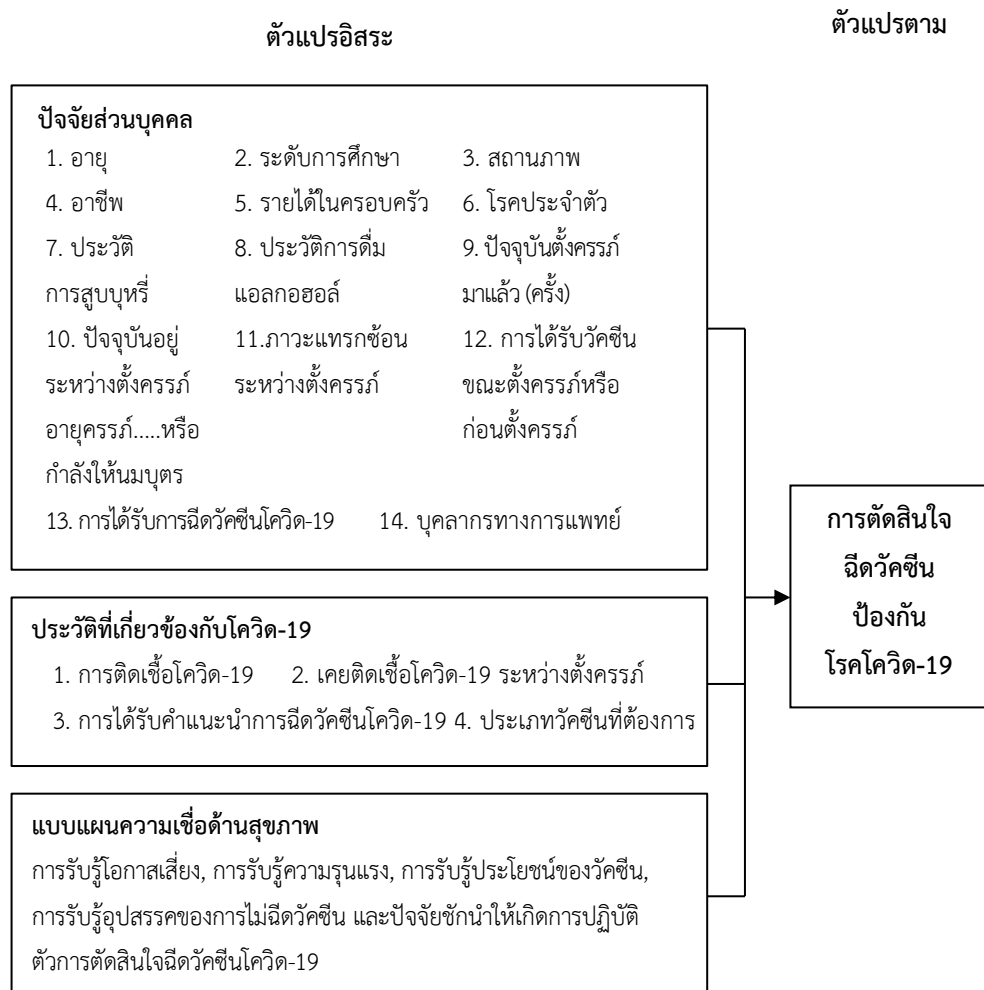
จากปัญหาดังกล่าว การฉีดวัคซีนจะช่วยลดความรุนแรงที่อาจจะเกิดได้ ลดโอกาสการเสียชีวิต และยังสร้างภูมิเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อหาว่า ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ทั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาร่วมหาปัจจัยดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน นำไปสู่การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ตามนโยบายของกระทรวง สาธารณสุข ในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 และลดอัตราป่วยและอัตราการตายของมารดา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยสร้างกรอบแนวคิดจากการทบทวน งานวิจัยก่อนหน้า และใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิด ของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ทั้งหญิงชาวไทยและหญิงชาติพันธุ์ ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งที่ได้รับการฉีดและไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 5,982 ราย ขนาดตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95%⁽⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถาม มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจุบันตั้งครรถ์มาแล้ว (ครั้ง) ปัจจุบันอยู่ระหว่างตั้งครรถ์ อายุครรภ์.....หรือกำลังให้นมบุตร ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรถ์ การได้รับวัคซีนขณะตั้งครรถ์ หรือก่อนหน้าตั้งครรถ์ การได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 และบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 ประกอบด้วย 1) การติดเชื้อโควิด-19 2) เคยติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างตั้งครรถ์ 3) การได้รับคำแนะนำการฉีดวัคซีนโควิด-19 และ 4) ประเภทวัคซีนที่ต้องการ จำนวน 4 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เคย และ ไม่เคย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้รูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด เกณฑ์การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของ Best⁽⁹⁾ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แปลผลว่าเห็นด้วยระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แปลผลว่าเห็นด้วยระดับปานกลาง และช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แปลผลว่าเห็นด้วยระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรถ์และหญิงให้นมบุตรโดยให้เลือกตอบ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ตัดสินใจฉีดวัคซีน ไม่แน่ใจ และไม่ตัดสินใจฉีด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรถ์และหญิงให้นมบุตร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชิงใหม่ จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.77 แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.70, 0.89 และ 0.75 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 โดยสถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม โดยใช้สถิติการถดถอยลอจิสติกพหุกลุ่ม (Multinomial logistic regression) ที่มีตัวแปรตามเป็นตัวแปรกลุ่ม (Nominal scale) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่ตัดสินใจฉีด ไม่แน่ใจ ตัดสินใจฉีดวัคซีน นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR และช่วงเชื่อมั่น 95% (95% CI)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารรับรองเลขที่ IRB-SHS 2020/1004/96 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 8/2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือการขอยุติการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี (ร้อยละ 31.81) มีอายุเฉลี่ย 28.88 ปี ($\pm$ SD 5.53) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 43.67) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 25.34) มีรายได้ในครอบครัวที่เพียงพอ เหลือเก็บ (ร้อยละ 57.68) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.26) ไม่เคยสูบบุหรี่ตลอดชีวิต (ร้อยละ 94.34) ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิต (ร้อยละ 46.36) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แต่งงานมาแล้ว 2 ครั้ง (ร้อยละ 43.40) มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-40 สัปดาห์ (ไตรมาส 3) (ร้อยละ 33.69) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.49) มีการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบบาดทะยักและวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในขณะตั้งครรภ์หรือก่อนตั้งครรภ์ (ร้อยละ 52.56) ส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 แล้ว จำนวน 2 เข็ม (ร้อยละ 48.25) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 95.96)

ประวัติที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.69) เคยมีประวัติติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อโควิด-19 ในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (ร้อยละ 83.29) ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ระหว่างตั้งครรภ์ (ร้อยละ 65.77) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประเภทวัคซีนชนิดสารพันธุกรรม (ร้อยละ 71.70)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาพรวมระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.61 ($\pm$ SD 0.50) ภาพรวมระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.32 ($\pm$ SD 0.68) ภาพรวมระดับการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนในการป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.46 ($\pm$ SD 0.58) ภาพรวมระดับการรับรู้อุปสรรคของการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.27 ($\pm$ SD 0.52) และ ภาพรวมระดับปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.23 ($\pm$ SD 0.56) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร

ระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19		
(Mean=2.61 คะแนน, SD=0.50 คะแนน, min=1 คะแนน, max=3 คะแนน)		
การรับรู้ระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน)	3	0.81
การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	137	36.93
การรับรู้ระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)	231	62.26
ระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคโควิด-19		
(Mean=2.32 คะแนน, SD=0.68 คะแนน, Min=1 คะแนน, Max=3 คะแนน)		
การรับรู้ระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน)	46	12.40
การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	159	42.86
การรับรู้ระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)	166	44.74
ระดับการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนในการป้องกันโรคโควิด-19		
(Mean=2.46 คะแนน, SD=0.58 คะแนน, Min=1 คะแนน, Max=3 คะแนน)		
การรับรู้ระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน)	17	4.58
การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	166	44.74
การรับรู้ระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)	188	50.67
ระดับการรับรู้อุปสรรคของการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
(Mean=2.27 คะแนน, SD=0.52 คะแนน, Min=1 คะแนน, Max=3 คะแนน)		
การรับรู้ระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน)	13	3.50
การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	244	65.77
การรับรู้ระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)	114	30.73
ระดับการรับรู้ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19		
(Mean=2.23 คะแนน, SD=0.56 คะแนน, Min=1 คะแนน, Max=3 คะแนน)		
การรับรู้ระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน)	24	6.47
การรับรู้ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน)	237	63.88
การรับรู้ระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)	110	29.65

การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร และเหตุผลในการตัดสินใจ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.27 ปฏิเสธที่จะฉีดวัคซีนโควิด-19 ในระหว่างที่ตั้งครรภ์และให้นมบุตร เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น ตั้งครรภ์ (ร้อยละ 24.53) เป็นต้น กังวลด้านความปลอดภัย คือรอให้ทีมงานวิจัยรองรับมากกว่านี้ (ร้อยละ 18.87) และมีผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/เด็กเล็กในบ้าน เดินทางไปรับบริการไม่สะดวก (ร้อยละ 8.63) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร

การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ตัดสินใจฉีด	114	30.73
ปฏิเสธการฉีด เนื่องจาก...	257	69.27
มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น กำลังตั้งครรภ์ เป็นต้น	91	24.53
ไม่มีชนิดของวัคซีนที่ต้องการฉีด	21	5.66
รอให้ทีมงานวิจัยรองรับมากกว่านี้	70	18.87
ประชาชนเข้ารับบริการจำนวนมาก เสี่ยงติดเชื้อโควิด-19	15	4.04
ที่พักอาศัยอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล/สถานพยาบาล	6	1.62
มีผู้สูงอายุ/เด็กเล็กในบ้าน เดินทางไปรับบริการไม่สะดวก	33	8.89
กลัวผลข้างเคียงของวัคซีน	21	5.66

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ในพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ การถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่ม (Multinomial logistic regression)

ในแบบจำลองการถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่ม ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ระดับการศึกษา (aOR=10.06, 95%CI=1.74-58.06) อาชีพ (aOR=0.19, 95%CI=0.06-0.63) รายได้ในครัวเรือน (aOR=0.21, 95%CI=0.06-0.67) ประวัติการสูบบุหรี่ (aOR=0.27, 95%CI=0.07-0.99) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (aOR=0.51, 95%CI=0.26-0.98) ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (aOR=0.48, 95%CI=0.10-0.67) ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 (aOR=10.14, 95%CI=1.10-94.31) ระดับการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร (aOR=6.62, 95%CI=2.38-18.40) ระดับการรับรู้อุปสรรคของการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร (aOR=0.12, 95%CI=0.02-0.66) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจตัดสินใจซื้อหน้ากากป้องกันโรคโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร สถิติการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multinomial Logistic regression)

ตัวแปรอิสระ	ไม่แน่ใจเปรียบเทียบดีกับแน่นอน				ไม่สนใจเปรียบเทียบแน่นอน				ไม่แน่ใจเปรียบเทียบไม่ดี			
	B	Adjusted OR	95%CI		B	Adjusted OR	95%CI		B	Adjusted OR	95%CI	
ระดับการศึกษา (Ref=ไม่ได้รับหนังสือ)												
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1.58	4.86*	0.98-24.10		1.62	5.07	0.96-26.76		-0.04	0.96	0.36-2.56	
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.84	6.27*	1.16-33.90		2.31	10.06*	1.74-58.06		-0.47	0.62	0.21-1.90	
อาชีพ (Ref=ไม่ได้ทำงาน)												
เกษตรกรรม	-0.52	0.59	0.25-1.38		-0.53	0.59	0.21-1.65		0.10	1.01	0.40-2.58	
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	0.05	1.05	0.38-2.92		-0.65	0.52	0.17-1.63		0.70	2.02	0.96-5.10	
รับจ้างทั่วไป	0.06	1.06	0.47-2.37		-0.74	0.48	0.19-1.20		0.79	2.21	1.05-7.39	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	-0.63	0.53	0.17-1.60		-1.66	0.19*	0.06-0.63		1.02	2.78*	1.05-7.39	
แม่บ้าน	-0.05	0.95	0.33-2.72		-1.27	0.28*	0.08-0.93		1.22	3.38	1.16-9.87	
รายได้ในครอบครัว (Ref= ไม่เพียงพอ)												
เพียงพอ เหลือเก็บ	-1.13	0.32*	0.12-0.86		-1.59	0.21*	0.06-0.67		0.45	1.57	0.53-4.67	
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	-0.52	0.56	0.23-1.53		-0.20	0.82	0.25-2.67		-0.32	0.73	0.23-2.27	
ประวัติการสูบบุหรี่ (Ref=สูบ)												
ตลอดชีวิตไม่สูบบุหรี่	-0.683	0.51	0.14-1.87		0.64	1.89	0.39-9.18		1.32	0.27*	0.07-0.99	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (Ref=ดื่ม)												
ตลอดชีวิตไม่ดื่มเลย	-0.21	0.82	0.45-1.46		-0.68	0.51*	0.26-0.98		0.47	1.61	0.88-2.93	
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (Ref=มี)												
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	-0.74	0.48*	0.23-1.08		-1.36	0.26*	0.10-0.67		0.62	1.86	0.69-5.06	
การได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 (Ref=ไม่ฉีด)												
1-2 เข็ม	2.32	10.14*	1.10-94.31		3.31	27.47	2.98-253.30		-0.99	0.37	0.11-1.21	
3 เข็มขึ้นไป	1.65	5.23	0.57-47.69		2.79	16.21	1.81-144.89		-1.13	0.32*	0.10-1.00	
ระดับการรับรู้ความรุนแรง (Ref=การรับรู้ระดับน้อย)												
ระดับปานกลาง	0.37	1.45	0.50 - 4.18		1.38	3.98*	1.44-11.00		-1.01	0.37*	0.17-0.79	
ระดับมาก	0.80	2.23	0.78 - 6.42		1.89	6.62*	2.38-18.40		-1.09	0.34*	0.15-0.75	
ระดับการรับรู้โรค (Ref=การรับรู้ระดับน้อย)												
ระดับปานกลาง	-0.77	0.46	0.12 - 1.72		-1.13	0.32	0.06-1.77		0.35	1.42	0.24-8.30	
ระดับมาก	-1.27	0.28	0.07 - 1.11		-2.16	0.12*	0.02-0.66		0.89	2.45	0.21-14.72	

*p-value<0.05, Chi-square=158.2, df=52, sig=0.00, Cox and Snell R²=0.35

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 อยู่ที่ร้อยละ 30.73 เป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ อาจสะท้อนถึงความจริงที่ว่าสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรยังมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ในขณะที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรได้ การสร้างความเชื่อมั่น การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจากบุคลากรด้านสุขภาพ ช่วยลดความสับสนของข่าวสารและช่วยเพิ่มอัตราการยอมรับการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ในสตรีตั้งครรภ์ในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁾ และควรมีมาตรการในการตอบโต้ข่าวลวง โดยผ่านทางผู้นำทางชุมชน ศาสนา หรือผู้นำทางความคิด ทั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวัคซีน ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ อาการไม่พึงประสงค์ในขณะตั้งครรภ์ และผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นกับทารกที่กินนมแม่ เป็นเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความลังเลในการตัดสินใจรับวัคซีน⁽¹¹⁾ และงานวิจัยอื่นก็พบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่จะฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ก็ต่อเมื่อไม่ได้ตั้งครรภ์ และการรับวัคซีนโควิด-19 จะลดลงอย่างเห็นได้ชัดในผู้หญิงที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ถึงสองเท่า⁽¹²⁾ จึงสรุปได้ว่าเหตุผลสำคัญต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 มีสาเหตุหลัก 3 ประการที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิเสธการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ถึงแม้ว่าวัคซีนจะปลอดภัยได้แก่ มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น กำลังตั้งครรภ์ มีโรคประจำตัว เป็นต้น อยากให้มีงานวิจัยมารองรับมากกว่านี้ เพราะกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนที่อาจเป็นอันตรายได้ต่อทารกในครรภ์ และมีผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/เด็กเล็กในบ้าน เดินทางไปรับบริการไม่สะดวก

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 จากการศึกษพบว่า สตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีแนวโน้มที่จะยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มากขึ้น การค้นพบนี้อาจสะท้อนถึงความจริงที่ว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้น้อย อาจได้รับข่าวสารเพียงทางเดียว ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่สูง มีความหลากหลายในการเข้าถึงข้อมูล ทั้งด้านบวกและลบจนเกิดความสับสน (ยิ่งสับสนยิ่งกลัว ยิ่งกลัวยิ่งกังวล) ดังนั้นสิ่งนี้จึงชี้ให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารทางเดียวจากหน่วยงานราชการหรือบุคลากรทางการแพทย์ในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิภาพของวัคซีนทำให้ลดความสับสนของข้อมูลที่มีหลากหลายได้ นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นตัวทำนายในการยอมรับการฉีดวัคซีนโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงลบกับจำนวนเข็มที่ได้รับในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในข้อค้นพบนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 จำนวน 1-2 เข็มขึ้นไป มีแนวโน้มตัดสินใจไม่ฉีดวัคซีนโควิด-19 เพิ่มขึ้น อาจคิดว่าตนเองเพียงพอต่อการป้องกันเชื้อโควิด-19 แล้ว ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์หรือฉีดเข็มกระตุ้น หรือคนที่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 แล้วมีอาการไม่พึงประสงค์จึงอาจทำให้เกิดความกังวลในการตัดสินใจที่จะฉีดเข็มต่อไปน้อยลง ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มี aOR ของการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ถึงร้อยละ 81 (CI 95%=1.05-7.39) สูงกว่าคนที่ไม่ได้ทำงาน เพราะอาชีพ

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จัดอยู่ในแผนการฉีดวัคซีนในระยะที่ 2 คือช่วงที่มีวัคซีนเพิ่มขึ้น เพื่อรักษาเศรษฐกิจสังคม⁽¹³⁾ ทำให้อาชีพนี้เป็นอาชีพแรกๆที่ได้รับการฉีดวัคซีน และบางอาชีพที่ต้องเดินทางเข้าออกประเทศเพื่อทำธุรกิจมีความจำเป็นในการใช้ใบรับรองการฉีดวัคซีน นอกจากนี้คนที่มียาได้เพียงพอเหลือเก็บมีความต้องการวัคซีนชนิดสารพันธุกรรม (mRNA) เนื่องจากวัคซีนประเภทนี้สตรีตั้งครรภ์ตอบสนองต่อวัคซีนได้ดี พบแอนติบอดีในน้ำนมและสายสะดือ ส่งผ่านภูมิคุ้มกันไปยังทารก และมีใช้น้อยกว่า มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยไม่ต่างจากคนทั่วไป^(14,15)

สตรีตั้งครรภ์ถือเป็นกลุ่มเปราะบางกลุ่มหนึ่ง มีหลักฐานปรากฏว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงสูงของโรคร้ายแรงได้เพิ่มขึ้นอีกหากมีอยู่ก่อนแล้วและอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์^(2,16) การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่สูงขึ้น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การผ่าตัดคลอด และการเสียชีวิตปริกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์⁽¹⁷⁾ จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ มีแนวโน้มปฏิเสธการฉีดวัคซีนโควิด-19 ถึงร้อยละ 74 สะท้อนความจริงที่ว่าสตรีตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร กลัวผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการรับวัคซีนหรือขาดการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งขาดความตระหนักรู้⁽¹⁸⁾ ในการศึกษาได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการประเมินทัศนคติต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร และด้านการรับรู้อุปสรรคของการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของสตรีตั้งครรภ์จะส่งผลให้หากเจ็บป่วยเป็นโรคโควิด-19 จะมีอาการมากกว่าคนปกติ จนนำไปสู่การรับรู้ความรุนแรงของโรค^(17,19) นอกจากนี้อุปสรรคของการไม่ฉีดวัคซีนโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ คือ อยากเห็นข้อมูลด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น กลัวผลข้างเคียง/ความปลอดภัย กังวลว่า สารชีววัตถุที่อยู่ในวัคซีนจะส่งผ่านจากนมแม่ไปยังลูกน้อย และวัคซีนอาจมีผลกระทบต่อลูกในครรภ์ได้ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญและใช้ทำนายต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้ นอกจากนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีว่า สตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ที่เคยมีประวัติในการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ถึงแม้อัตราการยอมรับการฉีดวัคซีนค่อนข้างต่ำ สาเหตุสำคัญที่ทำให้คนกลุ่มนี้ให้ความสำคัญคือ ทราบถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ทั้งต่อตัวสตรีตั้งครรภ์และทารกที่อยู่ในครรภ์หรือแม่หญิงที่ให้นมลูก⁽¹¹⁾ ในหญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอและร่างกายสามารถป้องกันตัวเองจากโรคติดเชื้อได้น้อยลง นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้เพียงปริมาณเล็กน้อยยังเป็นความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ในทุกช่วงอายุครรภ์⁽²⁰⁾ จึงอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความกังวลต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นเลยส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 มากขึ้นไปด้วย

ข้อจำกัดในการศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์มีจำนวนลดน้อยลง และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์ ทำให้การเก็บข้อมูลล่าช้า และช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นช่วงเช้าที่สตรีตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรมารับบริการในหน่วยบริการ ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนเพราะถึงคิวรับบริการ อย่างไรก็ตามการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจะช่วยลดอคติในการทำแบบสอบถามทำให้การตัดสินใจตัดสินใจขึ้นค่อนข้างแตกต่างกันแต่กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. จัดให้มีบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 เชิงรุก สร้างแรงจูงใจในการมารับบริการ เช่น ของขวัญ เมื่อคลอดบุตร ในมารดาที่คลอดมีการฉีดวัคซีนครบ 3 เข็ม
2. ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตรยังมีความกังวลด้านวัคซีน ให้ฉีดบุคคลในครอบครัวให้ครบ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่
3. หญิงที่มาคลอดและไม่เคยได้รับวัคซีน ให้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
4. สร้างการรับรู้ในข้อมูลที่ต้องการมากขึ้น เช่น ผ่านสื่อออนไลน์ สื่อหวังผล ผ่านผู้นำชุมชนในแต่ละระดับ สร้างระบบการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน โซเชียลมีเดีย เผยแพร่สปรตวิทยุ ความถี่ AM 1476 KHz อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นภาษาชนเผ่า

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อสำรวจการตัดสินใจฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นและสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำวิจัย
2. ควรมีการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตรในกลุ่มตัวอย่างที่กว้างกว่านี้ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความหลากหลายในชาติพันธุ์ มีค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี ที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf
2. Delahoy MJ, Whitaker M, O'Halloran A, Chai SJ, Kirley PD, Alden N, et al. Characteristics and Maternal and Birth Outcomes of Hospitalized Pregnant Women with Laboratory-Confirmed COVID-19 - COVID-NET, 13 States, March 1-August 22, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Sep 25;69(38):1347-1354. doi: 10.15585/mmwr.mm6938e1.

3. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยรอบ 5 เดือนหลังประจําปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-S/IDC1_6/opdc_2564_idc1-6_25.pdf
4. กรมอนามัย. การดูแลสตรีตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: <http://phrae.go.th/covid/img/new/new270363.pdf>
5. Ellington S, Strid P, Tong VT, Woodworth K, Galang RR, Zambrano LD, et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Jun 26;69(25):769-775. doi: 10.15585/mmwr.mm6925a1.
6. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การให้บริการวัคซีนโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 31]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard-vaccine.moph.go.th/>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สถานการณ์โควิด-19 จังหวัดเชียงใหม่ ประจำวันที่ 18 มกราคม 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ม.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/chiangmaihealth/photos/a.108292647194644/659772488713321>
8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือและรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์; 2553.
9. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc; 1977.
10. Kumari A, Anand S, Vidyarthi A. Effects of COVID-19 during pregnancy on maternal and neonatal outcome: A retrospective observational study in tertiary teaching hospital, India. *J Family Med Prim Care.* 2022 May;11(5):1820-1825. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1321_21.
11. Hosokawa Y, Okawa S, Hori A, Morisaki N, Takahashi Y, Fujiwara T, Nakayama SF, Hamada H, Satoh T, Tabuchi T. The Prevalence of COVID-19 Vaccination and Vaccine Hesitancy in Pregnant Women: An Internet-based Cross-sectional Study in Japan. *J Epidemiol.* 2022 Apr 5;32(4):188-194. doi: 10.2188/jea.JE20210458.
12. Skirrow H, Barnett S, Bell S, Riaposova L, Mounier-Jack S, Kampmann B, Holder B. Women's views on accepting COVID-19 vaccination during and after pregnancy, and for their babies: a multi-methods study in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Jan 14;22(1):33. doi: 10.1186/s12884-021-04321-3.

13. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ที เอส อินเทอร์เน็ต; 2564.
14. Collier AY, McMahan K, Yu J, Tostanoski LH, Aguayo R, Ansel J, et al. Immunogenicity of COVID-19 mRNA Vaccines in Pregnant and Lactating Women. *JAMA*. 2021 Jun 15;325(23):2370-2380. doi: 10.1001/jama.2021.7563.
15. Skjefte M, Ngirbabul M, Akeju O, Escudero D, Hernandez-Diaz S, Wyszynski DF, Wu JW. COVID-19 vaccine acceptance among pregnant women and mothers of young children: results of a survey in 16 countries. *Eur J Epidemiol*. 2021 Feb;36(2):197-211. doi: 10.1007/s10654-021-00728-6.
16. Carbone L, Mappa I, Sirico A, Di Girolamo R, Saccone G, Di Mascio D, et al. Pregnant women's perspectives on severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccine. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Jul;3(4):100352. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100352.
17. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 May;2(2):100107. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100107.
18. Tao L, Wang R, Han N, Liu J, Yuan C, Deng L, et al. Acceptance of a COVID-19 vaccine and associated factors among pregnant women in China: a multi-center cross-sectional study based on health belief model. *Hum Vaccin Immunother*. 2021 Aug 3;17(8):2378-2388. doi: 10.1080/21645515.2021.1892432.
19. Egloff C, Couffignal C, Cordier AG, Deruelle P, Sibide J, Anselem O, et al. Pregnant women's perceptions of the COVID-19 vaccine: A French survey. *PLoS One*. 2022 Feb 7;17(2):e0263512. doi: 10.1371/journal.pone.0263512.
20. WHO Thailand. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers on vaccine [serial online]. 2022 [cited 2022 January 26]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on-covid-19-vaccines>

ผลของโปรแกรมธรรมชาติบำบัดและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความเครียด ในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

มธุรส สว่างบำรุง^{*a}

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-85 ปี ซึ่งมี 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และสุ่มแบบเจาะจง จำแนกกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม รวม 24 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาทดสอบ t-test for dependent, t-test for independent และ F-test ผลวิจัยพบว่า ช่วงหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1) กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นทั้ง 2 วิธีการนี้จึงส่งผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในด้านความเครียดและสามารถปรับตัวเผชิญความจริงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างสมดุลชีวิต

คำสำคัญ: โปรแกรมธรรมชาติบำบัด; การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม; ความเครียด; ผู้สูงอายุ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

^{*} รองศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

^a Corresponding author: มธุรส สว่างบำรุง Email: marosesom@yahoo.com

รับบทความ: 3 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 17 พ.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 17 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ม.ค. 67

The Effects of Dharma Therapy Program and Group Counseling on Stress in Older Adults with Non-Communicable Disease

Maturose Sawangbumrung^{*a}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare: stress mean score in older adults with non-communicable diseases between those who joined and did not join the program before and after receiving Dharma therapy program before and after joining the group counseling and compare between those receiving the Dharma therapy program, the group counseling, and the control group. Samples were consisted of older adults with 4 NCDs group, aged 60-85 years old. The samples were recruited using a stratified sampling technique first and then using a purposive sampling. There were two experimental and one control groups with the total samples of 24 persons. The research instruments were questionnaire of stress with NCDs the reliability value of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test for dependent samples, t-test for independent samples and F-test. Findings revealed that, after the experiment and follow up, 1) there was a significant difference in stress mean scores between the group receiving Dharma therapy program and the control group ($p=0.05$); 2) there was significant difference in stress mean scores between the group receiving counseling and the control group ($p=0.05$; and 3) there was a significant difference in stress mean scores among groups 1, 2 and 3 at $p=0.05$. Therefore, both of these methods have a positive effect on promoting the mental health of the older adults in terms of stress and being able to adapt to face the reality of non-communicable diseases in a balanced life.

Keywords: Dharma therapy program; Group counseling; Stress; Older adults;
Non-communicable disease

^{*} Associate Professor, Faculty of Liberal Arts, Maejo University

^a Corresponding author: Maturose Sawangbumrung Email: marosesom@yahoo.com

Received: Oct. 3, 23; Revised: Nov. 17, 23; Accepted: Nov. 17, 23; Published Online: Jan. 7, 24

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้ว ได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก อัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2021 ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุ คือมีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) เมียนมา (ร้อยละ 10) และบรูไน (ร้อยละ 10)⁽¹⁾ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปีหรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง⁽²⁾ 37 คนต่อชั่วโมง หรือ 320,000 คนต่อปีที่คนไทยตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs อันดับหนึ่ง คือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.59 หรือประมาณ 28,000 คน รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁽³⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคในกลุ่มผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาสุขภาพด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำมาซึ่งความเครียดทางจิตใจ

งานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.4) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 38.6) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.35) รองลงมาความเครียดสูง (ร้อยละ 19.9)⁽⁴⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สามารถทำนายคุณภาพชีวิตร้อยละ 40.8 ($\text{adj}R^2 = 0.408$, $p < 0.001$) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($\text{adj}R^2 = 0.324$) และความเครียด ($\text{adj}R^2 = 0.166$)⁽⁵⁾ ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รักษาไม่หาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา รู้สึกเบื่อหน่ายในการรักษาที่ยืดเยื้อ ยุ่งยาก เจ็บตัว มีค่าใช้จ่ายที่สูง โดยที่มีผลการรักษา

ไม่หายขาด ผู้สูงอายุจึงไม่ยอมร่วมมือในการรักษา ทำให้อาการทรุดหนักอย่างรวดเร็ว ทนทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตลดลง⁽⁶⁾ ดังนั้น การลดความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงพิจารณา นำแนวคิด 2 มิติ คือ หนึ่งแนวคิดพระพุทธศาสนาเป็นแนวคิดโลกตะวันออก (Eastern world) ซึ่งมีเป้าหมาย คือการพ้นทุกข์ พุทธศาสนิกชนส่วนใหญ่ แม้จะไม่เข้าใจเรื่องการปฏิบัติเพื่อความพ้นทุกข์ แต่ก็ได้ยินได้ฟัง กันอยู่ว่า คือ มรรคมีองค์แปด มีสัมมาทิฐิ ความเห็นชอบเป็นปฐม คือ การจะปฏิบัติเพื่อความพ้นทุกข์ ไม่ว่ามาก ไม่ว่าน้อย ไม่ว่าเบา จะต้องมียุติธรรมสัมมาทิฐิความเห็นชอบเป็นประการต้นเป็นประการสำคัญ⁽⁷⁾ ส่วนแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มพื้นฐานจากโลกตะวันตก (Western word) ปรับใช้กับความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า มีการระบุประเด็นสำคัญสามประการ ได้แก่ "ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี" "การมี สุขภาพกายที่ดี" และ "การรักษาสุขภาพจิตที่ดี" ผู้เข้าร่วมรับรู้ว่าการสูงวัยที่ดีนั้นได้รับอิทธิพลจากความรู้สึก เชิงบวก เช่น มีความสุข การพึ่งพาตนเองได้ มีเป้าหมายในชีวิต มีความพอใจในตนเอง⁽⁸⁾ ซึ่งทั้ง 2 แนวคิด ต่างมีกรอบคิดหลักการและวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญมุ่งนำมาปรับประยุกต์ใช้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประโยชน์ ต่อการลดความเครียดในภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ดีขึ้นสามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม วัดผล 3 ครั้ง ก่อน-หลังการทดลอง และวัดซ้ำระยะติดตามผลเว้นระยะห่าง 1 เดือน (Pretest-posttest) กลุ่มทดลองที่ 1 (ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการจัดกระทำ (Treatment) ดำเนินการทดลอง ช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2564 รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-85 ปี มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเสื่อม ซึ่งมีค่าคะแนนความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ระหว่าง 2.51-3.25 ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง 15% คำนวณได้เท่ากับ 19.5 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop-out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 รวมจำนวนทั้งหมด 24 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

แบ่งเป็น 2 เขตหมู่บ้าน หลังจากนั้น สุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จัดแบ่ง 3 กลุ่มๆ ละ 8 คนจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched-pairs) และมีความเท่าเทียมกัน (Equivalent) ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-85 ปี
- 2) มีค่าคะแนนความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ระหว่าง 2.51-3.25
- 3) มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเสื่อม
- 4) ไม่เคยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ความเครียดรุนแรง หรือเป็นโรคสมองเสื่อม
- 5) มีความสนใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเภทอื่น เช่น โรคหัวใจ โรคเมเร็ง โรคอ้วน เป็นต้น
- 2) มีค่าคะแนนความเครียดระดับต่ำกว่าปกติ ปานกลาง หรือ มากที่สุด
- 3) มีข้อจำกัด หรือเงื่อนไขชีวิตส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
- 4) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมทดลองเกิน 2 ครั้ง

ขั้นตอนดำเนินงานทดลอง มี 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. **ก่อนดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยส่งจดหมายบันทึกข้อความถึงเทศบาลตำบลป่าไผ่ ประธานชุมชน/ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุใน 2 เขตหมู่บ้าน เพื่อแจ้งขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุทดสอบก่อนทดลอง (Pretest) ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที/1 ท่าน คัดเลือกผู้ที่ผ่านเกณฑ์ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 24 คน หลังจากนั้นกำหนดนัดหมายเชิญประชุมชี้แจงลำดับขั้นตอนดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยจัดแบ่งกลุ่มแบบเจาะจง จำนวน 3 กลุ่มๆละ 8 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม พร้อมกำหนดนัดหมายในเรื่องวัน เวลา สถานที่ กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนดำเนินการทดลองต่อไป

2. ดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมะบำบัด) ดำเนินการโดยผู้วิจัย และวิทยากรพิเศษ โดยพระราชวิสุทธิญาณ (ชั้นยศสมณศักดิ์ในขณะนั้น) เจ้าคณะจังหวัดเชียงใหม่-ลำพูน-แม่ฮ่องสอน (ธ) เจ้าอาวาสวัดป่าดาราภิรมย์ พระอารามหลวง พระภิกษุสงฆ์จากวัดป่าดาราภิรมย์ และวัดเจติย์แม่ครัว ช่วงเวลาอบรม 1 ครั้ง / 1 สัปดาห์ ในวันเสาร์ เวลา 9.00-10.30 น. รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์



ภาพที่ 1 พระเทพวชิราธิติ (ชั้นยศสมณศักดิ์ในปัจจุบัน) เจ้าคณะจังหวัดเชียงใหม่- ลำพูน-แม่ฮ่องสอน (ธ) เจ้าอาวาสวัดป่าตาราภิรมย์ พระอารามหลวง องค์ประธานสงฆ์เมตตาอบรมธรรมะบำบัด (ครั้งที่ 1) แก่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ 1

กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) ผู้วิจัย ดำเนินงานทดลอง จัด 1 ครั้ง/1 สัปดาห์ ในวันอาทิตย์ เวลา 9.00-10.30 น. รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์

กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ดำเนินชีวิตตามปกติ เมื่อครบทั้ง 5 สัปดาห์ ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ทำแบบสอบถาม (Posttest) (ครั้งที่ 2) ทันที หลังจากนั้น ผู้วิจัยแจ้งกำหนดการนัดหมายในระยะติดตามผล (Follow up) เว้นห่าง 1 เดือน เรื่อยวัน เวลา สถานที่ในลำดับขั้นตอนต่อไป

3. ขั้นตอนระยะติดตามผล ผู้วิจัยติดตามผลหลังการทดลองเว้นระยะห่าง 1 เดือนในช่วง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 โดยผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มทำแบบสอบถาม ทดสอบหลัง (Posttest) (ครั้งที่ 3) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์สถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้แนวคิดความเครียดของ Lazarus & Folkman⁽⁹⁾ ด้วยแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert-type scale) กำหนดให้มีลักษณะแบบ 4 ช่วงคะแนน ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะประชากรศาสตร์และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ คำถาม เพศ อายุ ฯลฯ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามประเมินระดับความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ แบ่ง 4 ช่วงระดับจากน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด กำหนดเกณฑ์การวัดและการแปลค่ามีความเครียด ตั้งแต่ 3.26-4.00 หมายถึงมีความเครียดระดับมากที่สุด 2.51-3.25 มีความเครียดระดับมาก 1.76-2.50 มีความเครียดระดับปานกลาง และ 1.00-1.75 มีความเครียดระดับน้อย

2. คู่มือโปรแกรมธรรมะบำบัด และคู่มือโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้หลักทฤษฎี เผชิญความจริง (Reality therapy) และแนวคิดการให้คำปรึกษาของ Gladding⁽¹⁰⁾ มาปรับประยุกต์ใช้

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและด้านจิตวิทยาพิจารณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ดัชนี ความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ดัชนี

ความตรงของเนื้อหาารายข้อ (Item content validity index: I-CVI) และความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00 และค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.97 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) ประกอบด้วย สถิติพรรณนา สถิติทดสอบ t-test for dependent, t-test for independent, การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) โดยใช้สถิติทดสอบ F-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานเทศบาล เจ้าอาวาส ประธานชุมชน/ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความชัดเจนของคุณสมบัติผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออกที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ความเสี่ยงและการปกป้อง 7 ด้าน ค่าชดเชยเสียเวลา การรักษาความลับของข้อมูลอย่างปลอดภัย และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมแจกเอกสารชี้แจงแก่อาสาสมัครผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ลงนามในเอกสารยินยอม งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ HE-RDI-NRRU.171/2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.2 ประกอบอาชีพ ได้แก่ อาชีพค้าขาย รับจ้าง เกษตรกร เย็บผ้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เภรณัฐกร กรรมการประปาหมู่บ้าน และมัคทายก คิดเป็นร้อยละ 72.7 และในปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 27.3 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 47.6 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 61.9 มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ได้แก่ หนี้สินกับสหกรณ์ กองทุนหมู่บ้าน ธนาคารเพื่อการเกษตร (ธกส.) คิดเป็นร้อยละ 54.5 และไม่มีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 54.5 มีความสุข คิดเป็นร้อยละ 95.5 เป็นโรคข้อเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่ได้รับยาความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70.6 มีปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาแล้ว 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.4 ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100.0 รักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นอยู่โดยการไปพบแพทย์ตรวจรักษาตามนัด ไม่เคยมีอาการหนักจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 57.1 เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (30 บาทรักษาทุกโรค) ในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 63.6 สามารถช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ไม่มีอารมณ์เด่นอย่างอื่นนอกจากอารมณ์เครียด คิดเป็นร้อยละ 61.9 นอกจากนี้ ทั้งหมด

คิดเป็น ร้อยละ 100.0 เคยระบายความเครียดด้วยการสนทนา แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือปรึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์และระยะติดตามผล

คะแนนความเครียด	n	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
กลุ่มโปรแกรมธรรมชาติบำบัด	8	41.88	3.182	14	0.000	1.000
กลุ่มควบคุม	8	41.88	3.758			
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์						
กลุ่มโปรแกรมธรรมชาติบำบัด	8	21.25	6.112	14	-5.075	0.000
กลุ่มควบคุม	8	36.38	5.805			
ระยะติดตามผล						
กลุ่มโปรแกรมธรรมชาติบำบัด	7*	21.00	3.512	13	-4.362	0.001
กลุ่มควบคุม	8	35.00	7.801			

หมายเหตุ

- 1) เนื่องจากระยะติดตามผลเว้นห่าง 1 เดือน สมาชิกในกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) ขาดการติดต่อ จำนวน 1 คน ภายใต้งานการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เมษายน พ.ศ. 2564
- 2) * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองที่ 2 กับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล

คะแนนความเครียด	n	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	8	47.75	3.284	14	1.629	0.126
กลุ่มควบคุม	8	41.88	3.758			
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์						
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	8	21.00	2.619	9.736*	-6.829*	0.000
กลุ่มควบคุม	8	36.38	5.805			
ระยะติดตามผล						
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	8	23.88	2.475	14	-3.845	0.002
กลุ่มควบคุม	8	35.00	7.801			

หมายเหตุ

- 1) เนื่องจากผลการทดสอบ พบว่า ความแปรปรวนคะแนนความเครียดของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมไม่เท่ากัน จึงต้องใช้ df และค่าสถิติทดสอบ t กรณี Equal variance not assumed
- 2) * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	44.083	22.042	1.887	0.176
ภายในกลุ่ม	21	245.250	11.679		
รวม	23	289.333			

จากตารางที่ 3 พบว่า ช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	1,240.583	620.292	23.885	0.000*
ภายในกลุ่ม	21	545.375	25.970		
รวม	23	1,785.958			

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิธี Dunnett T3 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และ กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์

กลุ่มที่	$\bar{x}$	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม)
กลุ่มทดลองที่ 1	21.25	6.112	—	—	—
กลุ่มทดลองที่ 2	21.00	2.619	0.250	—	—
กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม)	36.38	5.805	-15.125*	-15.375*	—

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ในระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	841.734	420.867	15.505	0.000*
ภายในกลุ่ม	20	542.875	27.144		
รวม	22	1,384.609			

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ในระยะติดตามผล ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิธี Dunnett T3 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ในระยะติดตามผล

กลุ่มที่	$\bar{x}$	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม)
กลุ่มทดลองที่ 1	21.00	3.512	—	—	—
กลุ่มทดลองที่ 2	23.88	2.475	-2.875	—	—
กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม)	35.00	7.801	-14.000*	-11.125*	—

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

1. จากการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้โดยวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจมุมมองทางพุทธศาสนาต่อการจัดการความเครียด โดยการวิเคราะห์กรอบแนวคิดของต้นกำเนิดการพึ่งพา (ปฏิจจนูปบาท) ความจริงธรรมสี่ประการตามที่ พระพุทธเจ้าทรงสอนไว้ว่า ชีวิตเต็มไปด้วยความเครียด (ทุกข์ Dukkha) คือ สาเหตุของความเครียดเหล่านี้ เป็นไปได้ที่จะหยุดความเครียดและมีวิธีหยุดความเครียดโดยทำตามเส้นทางมรรค 8 (Noble eightfold path) คำอธิบายที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับความเครียดได้รับจากพระพุทธเจ้าในปฏิจจนูปบาทสูตร ซึ่งรวมถึง การอธิบายรายละเอียดธรรมชาติของความเครียดและการอธิบายวิวัฒนาการหรือวงจรชีวิตของสิ่งมีชีวิต ทั้งหมด ปฏิจจนูปบาท จารึกในพระไตรปิฎกใน 2 แนวทาง: การนำเสนอทั่วไป ซึ่งไม่ได้ระบุแต่ละปัจจัย แยกกัน และการนำเสนอโดยละเอียดซึ่งอธิบายและวิเคราะห์แต่ละปัจจัยแยกกันและครอบคลุม งานนี้ ถูกนำมาใช้ทั้งสองวิธีเพื่ออธิบายสาเหตุและแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้เพื่อบรรเทาและปลดปล่อยความเครียด ที่สำคัญ⁽¹¹⁾ การฝึกสติ (Mindfulness) ในปริมาณสูงช่วยลดความเครียดทั้งในการรับรู้และความเครียด ชั่วขณะ⁽¹²⁾ การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักวิถีพุทธ พบว่าภาพรวมการปฏิบัติอยู่ใน ระดับมาก กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ เจริญสติ และเดินจงกรม ตามคู่มือ การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักวิถีพุทธทำให้มีจิตใจที่สบาย สงบ จิตใจมั่นคงเข้มแข็ง⁽¹³⁾ ดังนั้น ระดับความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽¹⁴⁾

2. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษา แบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ในช่วงหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อประโยชน์ต่อสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การให้การปรึกษาผู้สูงอายุ (Elderly counseling) หมายถึง การช่วยให้ผู้สูงอายุมีการใช้ชีวิต ที่มีความสุข มีการยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจด้วยความเข้าใจ และมีกำลังใจ ในการดำรงชีวิตต่อไปด้วยสุขภาพจิตที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อการช่วยเหลือตนเองในการดูแลทางด้านร่างกาย ของตนให้ดียิ่งขึ้น ไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังจนไม่ยอมทำกิจกรรมใดๆ มีการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต⁽¹⁵⁾ หลังใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีความรอบรู้สุขภาพสูงขึ้นทุกด้าน และมีพฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงและสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดสังคม มีระดับความรอบรู้สุขภาพที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นอันส่งผลให้ผู้สูงอายุติดสังคม ในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป⁽¹⁶⁾ สามารถลดและเอาชนะปัญหา ทางอารมณ์เชิงลบ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความเครียดและความวิตกกังวลที่โดดเด่นมากขึ้นและสามารถ ปรับปรุงความฉลาดทางจิตวิญญาณผ่านการให้คำปรึกษากลุ่มด้วยวิธีการทางจิตวิญญาณ⁽¹⁷⁾ ส่วนงานวิจัยอื่น มีข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเจตคติเรื่องโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังหลังให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีคะแนนความรู้และเจตคติเพิ่มขึ้น คะแนนความรู้และเจตคติหลังให้คำปรึกษา 1 เดือนน้อยกว่าคะแนน

หลังให้คำปรึกษาทันที แต่ไม่น้อยกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ส่วนด้านการปฏิบัติตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวก่อนการให้คำปรึกษาเท่ากับ 21.75 และหลังการให้คำปรึกษาเท่ากับ 23.27 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวหลังการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁽¹⁸⁾

3. ผลการเปรียบเทียบช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์และระยะติดตามผล มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้น 1.39 คะแนน (95%CI: 1.06-2.58, $p < 0.001$) ระดับ FBS ลดลง 39.76 mg/dL (95%CI: 26.79 to 52.73, $p < 0.001$) และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c ≤ 7 mg% สูงถึงร้อยละ 40.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มี HbA1c ≤ 7 mg% เพียงร้อยละ 6.67 และรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยหลักธรรมโอสธของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การจัดกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาควบคู่กับการดูแลสุขภาพของแพทย์แผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง เช่น การฟังธรรมเทศนา การสวดมนต์และการเจริญสมาธิ 2) การให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติเจริญสมาธิอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ⁽¹⁹⁾ ซึ่งในมิติมุมมองทางพุทธศาสนาและตะวันตกเกี่ยวกับความทุกข์ความเครียดและการจัดการกับนิยามที่ชัดเจนของความเครียดที่กำหนดโดยวัฒนธรรมพุทธและตะวันตกเป็นรากฐานสำหรับรูปแบบการจัดการที่แตกต่างกันของพวกเขา วัฒนธรรมประเพณีและแนวทางการปฏิบัติ ทุกข์ซึ่งมาจากอริยสัจ 4 ของพระพุทธเจ้าปรากฏบนพื้นผิวที่คล้ายคลึงกับความเครียดทางจิตใจ การตรวจสอบจักรวาลวิทยาตะวันออกในระยะต่อไปทำให้เกิดความขัดแย้งพื้นฐานระหว่างตะวันตกทฤษฎีจิตวิทยา และแนวคิดของชาวพุทธเกี่ยวกับความทุกข์และความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการผสมผสานความเป็นจริงเข้ากับการกำหนด การวิจัยข้ามวัฒนธรรมเกี่ยวกับแนวทางดั้งเดิมในการรับมือกับความเครียดจากการทำงาน พบว่า การแก้ปัญหาเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าแนวคิดทั้งสองจะมีกรอบคิดและวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน แต่กลับมีวัตถุประสงค์อย่างเดียวกันในประเด็นเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถจัดการอารมณ์ความคิดความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือปัญหาอื่นๆ ในชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดจึงมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ควรพัฒนาโปรแกรมทางด้านพระพุทธศาสนาและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มขยายผลไปยังผู้สูงอายุที่มีความเครียดในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า เป็นต้น
2. เพิ่มวิธีการบำบัดด้วยรูปแบบหรือทางเลือกให้หลากหลายเพื่อมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาทางความคิด-อารมณ์ของผู้สูงอายุให้สุขภาพจิตที่ดี เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral

therapy: CBT) หรือเน้นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น กิจกรรมบำบัด (Activity therapy) โปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุ การท่องเที่ยวบำบัด (Tourism therapy) หรือ โปรแกรมสัมผัสพื้นที่สีเขียวและสีฟ้า (Green space and Blue space) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการอารมณ์ การแก้ไขปัญหาชีวิต ด้านรายได้ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาผลกระทบระยะสั้น และระยะยาวของความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เทศบาลเมืองแม่โจ้ เทศบาลตำบลป่าไผ่ กลุ่มผู้สูงอายุทุกท่านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค เจ้าอาวาสวัดป่าเหมือด พระเทพวชิราธิบดี เจ้าอาวาสวัดป่าดาราภิรมย์ พระอารามหลวงและพระภิกษุสงฆ์ทุกรูป ผศ. ฉัตรดา วงศ์สถาน ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ชัยอากร รวมถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
3. ภูติท เตชาดิวัฒน์. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรแนว“เวชศาสตร์วิถีชีวิต”. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ต.ค. 3] เข้าถึงได้จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/183512bc-a33a-ec11-80fa-00155db45613>
4. ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ภัควรินทร์ ภัทศิริสมบุญ. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเสียว อำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;16(2):78-89.
5. อารมณ รมเย็น. ผลของการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3): 301-14.
6. ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 30] เข้าถึงได้จาก: <https://www.nakornthon.com/article/detail/>
7. สมเด็จพระสังฆราชเจ้ากรมหลวงวชิรญาณสังวร. การบริหารทางจิตสำหรับผู้ใหญ่. สมุทรสาคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด; 2564.

8. Halaweh H, Dahlin-Ivanoff S, Svantesson U, Willén C. Perspectives of Older Adults on Aging Well: A Focus Group Study. *J Aging Res.* 2018 Nov 4;2018:9858252. doi: 10.1155/2018/9858252.
9. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer Publishing Company; 1984.
10. Gladding ST. *Counseling a comprehensive profession.* New Jersey: Prentice-Hall; 2000.
11. Kahn A. A Buddhist approach to stress management from the perspective of dependent origination (DOSM). *The Journal Of International Buddhist Studies College* 2021;6(2): 32-48.
12. Chin B, Slutsky J, Raye J, Creswell JD. Mindfulness Training Reduces Stress At Work: A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness (N Y).* 2019 Apr;10(4):627-638. doi: 10.1007/s12671-018-1022-0.
13. จิตติยา เนตรวงษ์, รัชฎาพร อธิวรรณ. การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักวิถีพุทธที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยราชสุตา.* 2562;15(1):50-62.
14. ฤทธิ เทพไทยอำนวยการ. ผลการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการและการบันเทิงที่มีต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ วัดม่วง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารชุมชนวิจัย.* 2560;11(2):142-55.
15. World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life. [online] 1997[cited 1997 Dec 11]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
16. ภัทรกร แคว้นคอนนิม, พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่.* 2563;21(2):63-79.
17. Dami ZA, Setiawan I, Sudarmanto G, Lu Y. Effectiveness Of group counseling on depression, anxiety, stress and components of spiritual intelligence in student. *International Journal of Scientific & Technology Research* 2019;8(9):236-43.
18. พิศุทธิ์ ชนรัตน์. ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะเริ่มต้นที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธารามอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.* 2562;33(1):217-30.
19. ศิริลักษณ์ วรไวย, พระอธิการวงศ์แก้ว วราโภ, ภาคภูมิ อินทร์ม่วง. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยหลักธรรมโอสธของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2562;28 (ฉบับเพิ่มเติม 2):S90-S100.
20. Tyson PD, Pongruengphant R. Buddhist and western perspectives on suffering, stress, and coping. *Journal of Religion and Health.* 2007;46(3):351-7.

การศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ธัญรศม์ ฤกษ์ชัย*, ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์**^a,
ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง*, บังอร ประยงค์สูง***

บทคัดย่อ

การมีสุขภาวะแบบองค์รวมที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นปกติสุข ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ การศึกษาแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 262 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.73, SD=0.71) เมื่อพิจารณารายด้านทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ดังนี้ ด้านสุขภาวะทางสังคม (Mean=3.86, SD=0.71) ด้านสุขภาวะทางปัญญา (Mean=3.77, SD=0.70) ด้านสุขภาวะทางจิตใจ (Mean=3.57, SD=0.62) ด้านสุขภาวะทางกาย (Mean=3.56, SD=0.71) และระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.45, SD=13.90) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=23.65, S.D.=2.93) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (Mean=23.02, SD=3.87) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=11.44, SD=2.14) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=29.93, SD=5.37)

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรให้ความสำคัญในการวางแผนสร้างเสริมสุขภาวะแบบองค์รวมให้อยู่ในระดับที่ดีมาก เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาวะแบบองค์รวม; คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิ

^a Corresponding author: ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์ Email: phakwarin.p@rbru.ac.th

รับบทความ: 8 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 27 พ.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 27 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 5 ม.ค. 67

Study of Holistic Well-being and Quality of Life of the Elderly, Mueang District, Chaiyaphum Province

Thanyarat Phuchongchai*, Phakwarin Phattharasirisomboon**a,
Natpapat Nuansithong*, Bangon Proykoksong***

Abstract

Holistic well-being both physically, mentally, socially and spiritually is important to a healthy and normal life in society, which affects the quality of life of elderly. The purpose of this cross-sectional study was to study the well-being level and quality of life of elderly in Mueang district, Chaiyaphum province. Samples were consisted of 262 elderly resided in Mueang district, Chaiyaphum province. Data were collected using a questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the samples had a high level of holistic well-being (Mean=3.73, SD=0.71). When considering all aspects, it was at a high level as follows: social health (Mean=3.86, SD=0.71), spiritual health (Mean=3.77, SD=0.70), mental health (Mean=3.57, SD=0.62), physical health (Mean=3.56, SD=0.71), and quality of life were at a moderate level (Mean=95.45, SD=13.90). When considering each aspect, it was found that physical health was at a moderate level (Mean=23.65, SD=2.93), mental aspect was at a good level (Mean=23.02, SD=3.87), social relations were at a moderate level (Mean=11.44, SD=2.14), environmental aspects were at a moderate level (Mean=29.93, SD=5.37).

It is recommended that related agencies in the area focus on planning and promote holistic well-being to a very good level to continue to raise the quality of life to a higher level.

Keywords: Holistic well-being; Quality of life; Elderly

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

*** Registered Nurse, Professional Level, Chaiyaphum Municipality Public Health Service Center

a Corresponding author: Phakwarin Phattharasirisomboon E-mail: phakwarin.p@rbu.ac.th

Received: Oct. 8, 23; Revised: Nov. 27, 23; Accepted: Nov. 23; Published Online: Jan. 5, 24

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 19 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุดังกล่าว จะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจมหภาคหลายประการ เช่น ประชากรวัยแรงงานลดลง การออมลดลง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง ปัญหาที่ตามมาจากการเปลี่ยนแปลงนี้คืออัตราส่วนพึ่งพิงในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย⁽²⁾ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการพึ่งพิงในวัยผู้สูงอายุและรักษาผู้สูงอายุเหล่านี้ไว้ในสังคม เพื่อความสมดุลต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก โดยสิ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลดีนั้นก็คือการมีสุขภาวะแบบองค์รวม (Holistic well-being)⁽³⁾

สุขภาวะแบบองค์รวม เป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลได้อย่างแท้จริง⁽⁴⁾ ซึ่งสุขภาวะเป็นกรอบการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านสุขภาวะทางกาย การมีร่างกายแข็งแรง ปลอดภัย มีสัมมาชีพ ด้านสุขภาวะทางจิต การมีสุขภาพจิตดี เข้มแข็ง มีสติ ด้านสุขภาวะทางสังคม การมีสัมพันธ์ทางสังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม สังคมสันติ และด้านสุขภาวะทางปัญญา การมีปัญญา รู้รอบรู้เท่าทัน ปัญญาการอยู่ร่วมกัน และปัญญาบรรลุนิสรภาพ⁽⁵⁾ สุขภาวะจึงนับเป็นแนวคิดที่เสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่เกิดขึ้นจากร่างกายที่แข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ มีจิตใจแข็งแรงและมีจิตวิญญาณ ในทิศทางบวก สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าตามศักยภาพของตนเอง โดยไม่เป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

ประเทศไทยมีการประกาศใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งแผนดังกล่าวประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ โดยหลักประกันที่สำคัญของผู้สูงอายุ มี 3 ด้าน ได้แก่ เรื่องหลักประกันรายได้ การให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต การปลูกจิตสำนึกของคนในสังคมให้ตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 3) การคุ้มครองทางสังคม 4) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ 5) การประมวลผลพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ผู้สูงอายุสู่สาธารณะ⁽⁶⁾ และมีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบ เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของชีวิต ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในส่วนกลางที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขดูแลเรื่องสุขภาพ กรมพัฒนาชุมชนดูแลเรื่องการสร้างอาชีพ กระทรวงแรงงานดูแลเรื่องการจ้างงานหลังเกษียณ ส่วนในระดับท้องถิ่นมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นองค์กรของรัฐที่ใกล้ชิดกับประชาชนดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้าน การออม การดูแลรักษาสุขภาพ และด้านสังคม เป็นต้น สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

สำหรับจังหวัดชัยภูมิ มีประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 220,527 คน แบ่งเป็นเพศชาย 100,669 คน เพศหญิง 119,858 คน และอำเภอเมืองชัยภูมิ มีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น จำนวน 39,466 คน⁽⁷⁾ นับว่าเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุดในจังหวัด เมื่อเทียบกับประชากรผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ และมีลักษณะทางประชากรที่แตกต่างหลากหลาย ประกอบด้วยแผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2566-2570 ในแผนงานที่ 1 ด้านสังคม มีโครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลายกิจกรรมที่ตอบสนองนโยบายและความต้องการต่างๆ⁽⁸⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจังหวัดชัยภูมิ เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระดับหนึ่ง

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรสายวิชาการ ในการนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวางแผนออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา คือ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 39,466 คน⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30 ซึ่งเป็นค่า Gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ เมื่อทำการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมค่า Effect size=0.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test)=0.80⁽⁹⁾ ค่าองศาอิสระของตัวแปร (df)=21 ที่คำนวณจากสูตร $df=NI(NI+1)÷2$ เมื่อ NI คือตัวแปรสังเกตได้เท่ากับ 6 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 238 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 262 คน

ผู้วิจัยแบ่งเขตอำเภอเมืองออกเป็นชั้นตามเกณฑ์พื้นที่ พิจารณาจากความหนาแน่นของประชากร เศรษฐกิจ สังคม และการปกครอง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนและมีลักษณะครอบคลุมประชากร แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม จากนั้นสุ่มเขตตำบลเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

ได้เขตตำบลที่เป็นตัวแทนของกลุ่มมา 4 ตำบล จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จากทะเบียนของศูนย์บริการสาธารณสุขของแต่ละเขตตำบลด้วยวิธีแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำแนกตามสัดส่วนวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ในแต่ละเขตตำบลจนได้จำนวนครบ 262 คนที่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เพศชายหรือหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย 3) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5) อาศัยอยู่ในพื้นที่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการให้ข้อมูลหรือ ตอบแบบสอบถาม 3) บุคคลที่มีปัญหาการได้ยิน การพูด ปัญหาทางจิตเวช และป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบการศึกษาสภาวะ แบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม ชนิดตรวจรายการ (Checklist) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาวะแบบองค์รวม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สภาวะทางกาย สภาวะทางจิตใจ สภาวะทางสังคม สภาวะทางปัญญา เป็นคำถามแบบมาตรฐานค่า (Rating scale) ของ Likert โดยมีค่าเป็น 4 ระดับ คือ ระดับความรู้สึกมากที่สุด ระดับความรู้สึกมาก ระดับความรู้สึก ปานกลาง ระดับความรู้สึกเล็กน้อย และระดับความรู้สึก-ไม่มี โดยกำหนดให้ตอบได้คำตอบเดียว แบบสอบถามมีจำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามที่ ครอบคลุมเนื้อหา จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางสังคม จำนวน 6 ข้อ 4) ระดับความรู้สึก ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางปัญญา จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสภาวะ ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ ความรู้สึกมากที่สุด 5 คะแนน ความรู้สึกมาก 4 คะแนน ความรู้สึกปานกลาง 3 คะแนน ความรู้สึกเล็กน้อย 2 คะแนน ความรู้สึกไม่มี 1 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51-5.00 คะแนน ระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51-4.50 คะแนน ระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51-3.50 คะแนน ระดับน้อยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.51-2.50 คะแนน ระดับน้อยที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-1.50 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม มี 26 ข้อคำถามลักษณะเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก

จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ชนิด 5 ระดับ เกณฑ์ในการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี คะแนนระหว่าง 26-60 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-95 คะแนน ระดับที่ดี คะแนนระหว่าง 96-130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสม แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำมาคำนวณผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 และทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่ตำบลนาผาย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผู้นำชุมชน และกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บข้อมูล นัดหมายวัน เวลา สถานที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงจริยธรรมในการศึกษาในมนุษย์
3. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความจำนงในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา สถานที่ ที่ได้นัดหมายไว้ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้ง รวมถึงรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ และขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ หลังจากนั้นจึงขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทำวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE066-2-014 วันที่รับรอง 11 เมษายน 2566 หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย อธิบายถึงสิทธิ์ที่กลุ่ม ตัวอย่างจะตอบตกลง หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการเข้ารับบริการ ข้อมูลในการวิจัย

ครั้งนี้ถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลเป็นข้อมูลภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจาก การวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยสิ้นสุด เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 194 คน ร้อยละ 74.05 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 53.05 มีอายุเฉลี่ย 70.28 ปี ($SD=7.191$) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 87 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 177 คน ร้อยละ 67.56 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 227 คน ร้อยละ 86.64 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 216 คน ร้อยละ 82.14 เฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 3,879.39 บาท ($SD=4,592.45$) รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 35,000 บาท มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ จำนวน 122 คน ร้อยละ 46.56 อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน จำนวน 153 คน ร้อยละ 58.40 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 196 คน ร้อยละ 74.81 และมีโรคประจำตัว จำนวน 66 คน ร้อยละ 25.19 โดยโรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 38 คน ร้อยละ 14.50 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 27 คน ร้อยละ 10.31 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร ($n=262$)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	25.95
หญิง	194	74.05
อายุ (ปี)		
60-69	139	53.05
70-79	87	33.21
80-89	36	13.74
(Mean=70.28, $SD=7.19$, Min=60, Max=87)		
สถานภาพ		
โสด	26	9.92
สมรส	177	67.56
หม้าย/หย่าร้าง /แยกกันอยู่	59	22.52
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	14	5.34
ประถมศึกษา	227	86.64
มัธยมศึกษา	16	6.11
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/ปริญญาตรี	5	1.91

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n=262)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยครอบครัว (บาท/เดือน)		
ไม่เกิน 5,000	216	82.44
5,001-10,000	35	13.36
10,001-15,000	4	1.53
15,001-20,000	4	1.53
20,001 ขึ้นไป	3	1.15
(Mean=3,879.39; SD=4,592.45; Min=600; Max=35,000)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	39	14.89
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	122	46.56
ไม่เพียงพอ	101	38.55
ลักษณะความเป็นอยู่		
อยู่ตามลำพังคนเดียว	18	6.87
อยู่กับคู่สมรส	60	22.90
อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน	153	58.40
อยู่กับญาติ พี่น้อง	31	11.83
โรคประจำตัว*		
ไม่มี	196	74.81
มี	66	25.19
โรคไขมันในเลือดสูง	38	14.50
โรคเบาหวาน	27	10.31
โรคหอบหืด	3	1.15
โรคหัวใจ	2	0.76
โรคข้อเสื่อม	2	0.76
อื่นๆ	5	1.91

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.73 (SD=0.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านสุขภาวะทางสังคม (Mean=3.86, SD=0.71) รองลงมาได้แก่ ด้านสุขภาวะทางปัญญา (Mean=3.77, SD=0.70) และ สุขภาวะทางจิตใจ (Mean=3.57, SD=0.62) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Mean=3.56, SD=0.71) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ สุขภาวะแบบองค์รวม (n=262)

สุขภาวะรายด้าน	ระดับสุขภาวะ n (%)					Mean (SD)	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
สุขภาวะทางกาย	0 (0.0)	14 (5.34)	106 (40.46)	114 (43.51)	28 (10.69)	3.56 (0.71)	มาก
สุขภาวะทางจิตใจ	0 (0.0)	6 (2.29)	145 (55.34)	93 (35.50)	18 (6.87)	3.57 (0.62)	มาก
สุขภาวะทางสังคม	1 (0.38)	4 (1.53)	98 (37.40)	102 (38.93)	57 (21.76)	3.86 (0.74)	มาก
สุขภาวะทางปัญญา	1 (0.38)	3 (1.15)	104 (39.69)	110 (41.98)	44 (16.79)	3.77 (0.70)	มาก
สุขภาวะโดยรวม	0 (0.0)	1 (0.38)	109 (41.60)	112 (42.75)	140 (53.27)	3.73 (0.71)	มาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสุขภาวะแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อและรายด้านพบว่า ด้านสุขภาวะทางกาย มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.56, SD=0.71) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ (Mean=3.74, SD=0.85) รองลงมาได้แก่ ท่านรู้สึกพอใจกับสุขภาพของท่านในขณะนี้ (Mean=3.73, SD=0.84) และ ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน) (Mean=3.70, SD=0.90) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ฯลฯ (Mean=2.90, SD=1.12)

ด้านสุขภาวะทางจิตใจ มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.57, SD=0.62) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านใช้หลักธรรมในพระพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิต (Mean=3.92, SD=0.87) รองลงมาได้แก่ ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) (Mean=3.91, SD=0.85) และท่านรู้สึกพอใจต่อความเป็นอยู่ในชีวิต (Mean=3.90, SD=0.85) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ฯลฯ (Mean=2.08, SD=1.27)

ด้านสุขภาวะทางสังคม มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.86, SD=0.74) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรู้สึกว่าชีวิตในแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดี (Mean=3.93, SD=0.82) รองลงมาได้แก่ ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ (Mean=3.89, SD=0.83) และท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีคุณค่าต่อสังคม (Mean=3.87, SD=0.82) ซึ่งเท่ากับ ท่านแบ่งปันสิ่งของหรือความรู้ที่ได้รับ

ให้แก่ผู้อื่นเสมอ (Mean=3.87, SD=0.81) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้อื่น (Mean=3.79, SD=0.87)

ด้านสุขภาวะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.77, SD=0.70) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านเข้าใจได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความไม่เที่ยงแท้และแน่นอน ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ (Mean=3.91, SD=0.90) รองลงมาได้แก่ ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตของท่านมีความเหมาะสมกับวัย (Mean=3.87, SD=0.79) และ ท่านเชื่อว่าทุกอย่างมีคำอธิบายที่เป็นเหตุเป็นผลรองรับ (Mean=3.78, SD=0.79) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ โดยความรู้เท่าทันกับสภาวะปัจจุบัน (Mean=3.66, SD=0.83) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะแบบองค์รวม รายข้อและรายด้าน (n=262)

สุขภาวะแบบองค์รวม	Mean	SD	ระดับ
สุขภาวะทางกาย			
ท่านสามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้สะดวก	3.59	1.11	มาก
การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ฯลฯ	2.90	1.12	ปานกลาง
ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.70	0.90	มาก
ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อย	3.69	0.88	มาก
ท่านสามารถเดินทางไปในที่ต่างๆ ด้วยตนเองได้สะดวก	3.59	1.11	มาก
ท่านรู้สึกพอใจกับสุขภาพของท่านในขณะนี้	3.73	0.84	มาก
ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	3.74	0.85	มาก
ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.64	0.86	มาก
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.56	0.71	มาก
สุขภาวะทางจิตใจ			
ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	3.91	0.85	มาก
ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ เสมอ	3.79	0.85	มาก
ท่านรู้สึกพอใจต่อความเป็นอยู่ในชีวิต	3.90	0.85	มาก
ท่านคิดว่าชีวิตมีความหวังอยู่เสมอ	3.87	0.86	มาก
ท่านใช้หลักธรรมในพระพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิต	3.92	0.87	มาก
ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ฯลฯ	2.08	1.27	น้อย
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.57	0.62	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะแบบองค์รวม รายข้อและรายด้าน
(n=262)

สุขภาวะแบบองค์รวม	Mean	SD	ระดับ
สุขภาวะทางสังคม			
ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อสังคม	3.87	0.82	มาก
ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่าง	3.82	0.84	มาก
ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	3.89	0.83	มาก
ท่านสามารถให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้อื่น	3.79	0.87	มาก
ท่านรู้สึกว่าคุณค่าในชีวิตในแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดี	3.93	0.82	มาก
ท่านแบ่งปันสิ่งของหรือความรู้ที่ได้รับให้แก่ผู้อื่นเสมอ	3.87	0.81	มาก
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.86	0.74	มาก
สุขภาวะทางปัญญา			
ท่านเชื่อว่าทุกอย่างมีคำอธิบายที่เป็นเหตุเป็นผลรองรับ	3.78	0.79	มาก
ท่านสามารถแก้ไขปัญหา ในการปฏิบัติหน้าที่ โดยความรู้เท่าทันกับ	3.66	0.83	มาก
สภาวะปัจจุบัน			
ในเวลาท่านมีปัญหา ท่านมีกระบวนการคิดในการแก้ไขปัญหาเป็น	3.71	0.80	มาก
ขั้นตอนและรอบคอบ			
ท่านใช้หลักเหตุผลและผล โดยการพิจารณาในการศึกษาและการปฏิบัติ	3.73	0.82	มาก
หน้าที่ของตน			
ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตของท่านมีความเหมาะสมกับวัย	3.87	0.79	มาก
ท่านเข้าใจได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความไม่เที่ยงแท้และแน่นอน ย่อมมี	3.91	0.90	มาก
การเปลี่ยนแปลงเสมอ			
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.77	0.70	มาก

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.45, SD=13.90) เมื่อพิจารณาเป็นภาพรวมรายด้าน พบว่าด้านสุขภาพกายมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=23.65, SD=2.93) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง จำนวน 212 คน ร้อยละ 80.92 รองลงมาได้แก่ ระดับดี จำนวน 50 คน ร้อยละ 19.08 ตามลำดับ

ด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตในระดับดี (Mean=23.02, SD=3.87) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี จำนวน 141 คน ร้อยละ 53.82 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 118 คน ร้อยละ 45.04 และระดับไม่ดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.15 ตามลำดับ

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=11.44, SD=2.14) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง จำนวน 130 คน ร้อยละ 49.62 รองลงมาได้แก่ ระดับดี จำนวน 125 คน ร้อยละ 47.71 และระดับไม่ดี จำนวน 7 คน ร้อยละ 2.67 ตามลำดับ

ด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=29.93, SD=5.37) โดยส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตในระดับดี จำนวน 138 คน ร้อยละ 52.67 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 122 คน ร้อยละ 46.56 และระดับไม่ดี จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.76 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=262)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			Mean	SD	ระดับ
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
	n (%)	n (%)	n (%)			
ด้านสุขภาพกาย	0 (0.0)	212 (80.92)	50 (19.08)	23.65	2.93	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3 (1.15)	118 (45.04)	141 (53.82)	23.02	3.87	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7 (2.67)	130 (49.62)	125 (47.71)	11.44	2.14	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	2 (0.76)	122 (46.56)	138 (52.67)	29.93	5.37	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0 (0.00)	133 (50.76)	129 (49.24)	95.45	13.90	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.73 (SD=0.71) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านสุขภาวะทางสังคม (Mean=3.86, SD=0.71) รองลงมา ได้แก่ ด้านสุขภาวะทางปัญญา (Mean=3.77, SD=0.70) และ สุขภาวะทางจิตใจ (Mean=3.57, SD=0.62) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Mean=3.56, SD=0.71) ทั้งนี้เนื่องจาก หน่วยงานต่างๆ ในจังหวัดชัยภูมิ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้จัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมา โดยวางกรอบแนวคิดการพัฒนางานด้านสาธารณสุขที่ ความเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12 แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพ แผนพัฒนาจังหวัดและแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุขของจังหวัด) โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ซึ่งประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การคุ้มครองผู้บริโภคและอนามัย สิ่งแวดล้อม มีเป้าประสงค์ เพื่อ 1) ชุมชน มีระบบการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง ประชาชนมีวัฒนธรรมสุขภาพ

ที่ยั่งยืนภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี 2) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี อัตราป่วย อัตราตาย จากโรคที่สำคัญที่เป็นปัญหาและป้องกันได้ในทุกกลุ่มวัยลดลงอย่างต่อเนื่อง 3) ลดผลกระทบเหตุและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยกลยุทธ์ที่ 1 นี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย⁽¹¹⁾ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมากได้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่าสุขภาวะโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ สุขภาวะด้านจิตใจรองลงมาคือ สุขภาวะด้านร่างกาย สุขภาวะด้านปัญญาและการรู้คิด สุขภาวะด้านสังคม และสุขภาวะด้านอารมณ์ตามลำดับ⁽¹²⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่า สุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹³⁾ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่แตกต่างกัน เช่น ในเขตเมืองและชนบท จึงอาจส่งผลให้มีระดับสุขภาวะและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันได้

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.45, SD=13.90) เมื่อพิจารณาเป็นภาพรวมรายด้าน พบว่าด้านสุขภาพกายมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=23.65, SD=2.93) ด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตในระดับดี (Mean=23.02, SD=3.87) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=11.44, SD=2.14) ด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=29.93, SD=5.37) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าแบบวัดที่ใช้วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะเป็นข้อความที่ถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในการสำรวจและประเมินเหตุการณ์ ความรู้สึก หรือการรับรู้สภาวะชีวิตในมุมมองของตนเองจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง และระดับคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย เช่น รายได้ การมีโรคประจำตัว สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม⁽¹⁴⁾ เป็นต้น จึงอาจทำให้ผลการศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ แตกต่างกันได้ แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุควรจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุควรหาแนวทางการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลางขึ้นไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยรวม⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุในตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁴⁾ การศึกษาในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.05⁽¹⁶⁾ และการศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ได้แก่ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางกาย ส่วนระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งรายด้าน พบว่า สุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง จิตใจอยู่ในระดับดี สัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญและร่วมวางแผนออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมให้อยู่ในระดับมากที่สุด รวมทั้งติดตามผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ และพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.): งบประมาณด้าน ววน. ประเภท Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ 2566 (ผ่านหน่วยงาน) จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ขอขอบพระคุณอธิการบดี และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้คำแนะนำ รวมทั้งสนับสนุนด้วยดีตลอดมา จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์; 2566.
2. วิษนี คุปตะวาทีน, แมน วาสนาพงษ์, พรทิพย์ ขุนดี, รัชดา มิตรสมหวัง. สังคมสูงวัยกับโลกสมัยใหม่. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2562;4(พิเศษ):444-50.
3. จิรฐา อัครินทัต, ดารุณี เหลืองวรกิจ, วิภารัตน์ ชมดง. สุขภาวะของผู้สูงอายุในประเทศไทย: โอกาสสำคัญทางการตลาด. วารสารเซนต์จอห์น. 2563;23(32):87-107.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. นนทบุรี: สหพัฒนไพศาล; 2550.
5. ประเวศ วะสี. สุขภาวะที่สมบูรณ์ สุขภาวะ $4 \times 4 = 16$. [อินเทอร์เน็ต]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 2566 พ.ย. 25]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/5694>
6. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพื่อวานิสัย; 2553.

7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ประชากรทะเบียนราษฎร อายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกรายเพศ ปีงบประมาณ 2565 ชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พ.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-y60up/changwat?year=2022&cw=36>
8. กลุ่มยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานจังหวัดชัยภูมิ. (ม.ป.ป.). แผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป [เข้าถึงเมื่อ 2566 เม.ย. 7]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chaiyaphum.go.th/page_other/Plan_cyp2561-2564.php
9. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis (7th ed.). Upper saddle River, New Jersey: Pearson Education International; 2010.
10. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ธีระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. แผนพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ต.ค. 6]. เข้าถึงได้จาก: https://cpho.moph.go.th/?page_id=13541
12. บุญเชื้อ เพชรไทย, ธนสถา โรจนตระกูล. แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. Journal of Roi Kaensam Academi. 2565;7(7):288-98.
13. บุญชิน เสาวภาภรณ์, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ปรีชา ดิลกวุฒิสิทธิ์, วรากรณ์ ไตรติลานันท์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2557;9(1):47-59.
14. เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ, ปานเพชร สกุลคุ. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุนทร. 2564;11(1):27-39.
15. จิรภา วิลาวรรณ, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, อติรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์, ยุวดี บุญเนา, พัทรินทร์ บุญเสริม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(1):181-95.
16. โกศล สอดส่อง. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครพระนครศรีอยุธยา. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. 2561;6(1):162-175.
17. ธัญรัศม์ ภูงค์ชัย, ภัทรวรินทร์ ภัทริศสมบุรณ์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ปาริชาติ ญาตินิม, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์. โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ: วิจัยแบบผสมผสานวิธี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2566;41(2):1-18.

สถานการณ์ ผลกระทบสุขภาพ และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ต่อบริการจัดส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต

ศุภิกา วงศ์อุทัย^a

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสถานการณ์ ผลกระทบสุขภาพ เจาะจงผู้บริโภค 15 คน ผู้ประกอบการร้านอาหาร 11 คนและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ 11 คน ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา 2) ตรวจสอบการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาล ร้านอาหารเจาะจงร้านอาหารที่ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการส่งอาหารในจังหวัดภูเก็ต ได้แก่ ร้านอาหาร ในมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ร้านอาหารในห้างสรรพสินค้า 3 แห่ง ร้านโก๋ทอด 3 แห่งและร้านกาแฟ (เครื่องดื่ม) 3 แห่ง และประเมินสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่ โดยใช้แบบตรวจมาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร

ผลวิจัยพบว่า สถานการณ์ของผู้บริโภคมีพฤติกรรมบริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยวิถีชีวิต ในความปกติใหม่ตอบสนองเรื่องความสะดวกสบายเพิ่มขึ้นและมีความเชื่อมั่นว่าผู้ประกอบการร้านอาหาร และผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่ได้ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลและผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพร่างกาย อ่อนเพลีย เนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อย ผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่สามารถ สร้างรายได้จากการจัดส่งอาหารถึงที่แต่ต้องมีการควบคุมมาตรฐานการปนเปื้อนอาหารตั้งแต่การผลิต ไปถึงการส่งอาหาร ด้านผลกระทบสุขภาพผู้ประกอบการ คือการเจ็บปวดด้วยอาการต่างๆ ขณะปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรขณะบริการส่งอาหาร ในส่วนการประเมิน การปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลร้านอาหารมีข้อที่ต้องปรับปรุง คือมีหลักฐานผ่านการอบรมทุกคนตามหลักสุตร สุขาภิบาลอาหารและผลการตรวจประเมินสุขลักษณะส่วนบุคคลข้อที่ต้องปรับปรุง คือมีหลักฐาน การตรวจสุขภาพประจำปี/วัคซีน ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบงาน ด้านสุขาภิบาลอาหารขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของ ประชาชนยุคใหม่และยกระดับ งานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับที่สูงขึ้น

คำสำคัญ: ผลกระทบสุขภาพ; สุขาภิบาลอาหาร; บริการจัดส่งอาหารถึงที่; ความปกติใหม่

* อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

^a Corresponding author ศุภิกา วงศ์อุทัย Email: Suphiga.w@pkr.ac.th

รับบทความ: 12 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 29 พ.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 30 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 5 ม.ค. 67

Situations, Health Impacts and Practices in Accordance with the Principles of Food Sanitation on Food Delivery Services during in New Normal, Phuket Province

Suphiga Wong-utai^{*a}

Abstract

The objectives of this qualitative research were to 1) study situations and health impacts among 15 consumers, 11 restaurant operators, and 11 food delivery service staff through semi-structured interviews and 2) evaluate the practices in accordance with the principles of food sanitation focused on restaurants using online platforms for food delivery services in Phuket province including 2 university restaurants, restaurants in 3 department stores, 3 fried chicken restaurants and 3 café shops and assessing the personal hygiene of food delivery services staff using the food sanitation standards checklist. The data were analyzed using content analysis.

Results showed that the situations of consumer consumption behavior have changed by way of life in a new normal in response to convenience and increased comfort. There is confidence that restaurant operators and food delivery service staff practice the principles of food sanitation. Health effects include the body being tired due to little movement. The restaurant operators and food delivery services staff can make money from food delivery services but being controlled by food contamination standards from the production process to food delivery. Health effects among restaurant operators were pain while working. Food delivery services staff's health risks included traffic accidents. The assessment showed the practice in accordance with the principles of food sanitation must be improved through training evidence according to the food sanitation courses and the assessment of the personal hygiene of food delivery services staff things that be improved was having proof of yearly health examination/vaccine. The results can be used to develop and improve basic food sanitation system necessary the new normal as well as environmental health work.

Keywords: Health impacts; Food sanitation; Food delivery services; New normal

^{*} Instructor, Bachelor of Public Health Program, Phuket Rajabhat University

^a Corresponding author Suphiga Wong-utai Email: Suphiga.w@pkru.ac.th

Received: Oct. 12, 23; Revised: Nov. 29, 23; Accepted: Nov. 30, 23; Published Online: Jan. 5, 24

บทนำ

New normal หรือความปกติใหม่ เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบ จนแบบแผนและแนวทางการปฏิบัติเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ ภายใต้มาตรฐานที่ไม่คุ้นเคย⁽¹⁾ คำว่า New normal ถูกนำมาเรียกขานจนคุ้นชินในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ซึ่งได้เริ่มต้นการระบาดของโรคเมื่อปลายปี 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ⁽²⁾ สำหรับการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยเริ่มพบการติดเชื้อในประเทศไทยสูงขึ้นในเดือนเมษายน 2563 จำนวน 2,369 คนและเสียชีวิต 30 คน แต่ทว่าการระบาดรอบนี้ประเทศไทยสามารถควบคุมและรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลก แต่ต่อมาในปีเดียวกันเดือนธันวาคม เกิดการระบาดของโรคโควิดสายพันธุ์อัลฟา เบต้าที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบผู้ติดเชื้อรายแรกไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งการติดเชื้อครั้งนี้ คาดว่าเป็นการติดเชื้อในประเทศ โดยมีสาเหตุมาจากแรงงานชาวเมียนมาเป็นพาหะ การระบาดรอบนี้ แตกต่างจากการระบาดระลอกแรก แม้ว่ากรมควบคุมโรคมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงการติดเชื้อ ได้อย่างรวดเร็ว แต่จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและกระจายไปหลายจังหวัด⁽³⁾ ส่งผลให้เกิดการระบาดใหญ่ขึ้นอีกครั้งและกลายสายพันธุ์ต่างๆ จนมาถึงสายพันธุ์โอไมครอนในขณะนี้ (Omicron)⁽⁴⁾ ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ภาครัฐได้ออกมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) เพื่อสร้างเกราะป้องกันและลดการติดเชื้อ เช่น การปิดสถานศึกษา สถานบันเทิง ห้างสรรพสินค้า (ยกเว้นโซนซูเปอร์มาร์เก็ต) ร้านอาหารแบบนั่งกิน ร้านอาหารอาหารแบบซื้อกลับบ้าน (Takeaway) และร้านขายเครื่องดื่มอุปโภคบริโภคที่จำเป็น รวมทั้งรณรงค์ให้ประชาชน อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาคธุรกิจ ผู้ประกอบการและลูกค้าหลายประเภท ทำให้เกิดธุรกิจการจัดส่งสินค้า ถึงที่ (Delivery) ซึ่งเป็นธุรกิจที่มีความต้องการในตลาดของไทยเป็นอย่างมาก เพราะประชาชนไม่ต้องการออกจากบ้าน การเรียกใช้บริการจัดส่งสินค้าหรืออาหารบนแพลตฟอร์มจึงเติบโตและมีความต้องการสูง⁽⁵⁾

จากมาตรการข้างต้น จังหวัดภูเก็ตเป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบอย่างมาก เนื่องจากเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงระดับโลก มีโรงแรม ร้านอาหารและสถานบันเทิงจำนวนมากที่ต้องปิดตัวลง ทำให้มีผู้ว่างงานหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสภาวะการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในจังหวัดภูเก็ต และได้หันมาประกอบอาชีพบริการจัดส่งอาหารถึงที่ (Food delivery) มากยิ่งขึ้น รวมถึงธุรกิจร้านอาหารที่เหลือเพียงช่องทางเดียวในการจำหน่ายแบบซื้อกลับบ้านและการจัดส่งอาหารไปยังที่พักผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ ซึ่งได้กลายเป็นช่องทางสำคัญของผู้ประกอบการธุรกิจร้านอาหารและบริโภคน⁽⁶⁾ จากข้อมูลบริษัทแกร็บ ประเทศไทย เปิดเผยข้อมูลภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 มีผู้สมัครเพิ่มขึ้น 29,000 คน ทำให้สัดส่วนพลขับของแกร็บกลุ่มใหญ่สุด คิดเป็นร้อยละ 44⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 จะมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและการเสียชีวิตลดลง รวมถึงการแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคนอกรายาอาจมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ประกอบกับประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับครอบคลุมสูง กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศให้โรคโควิด-19

เป็นโรคประจำถิ่น นับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 เป็นต้นมา⁽⁸⁾ แต่วิถีชีวิตใหม่ในการสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ยังคงได้รับความนิยมเป็นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานบริการส่งอาหารถึงที่บนแพลตฟอร์มออนไลน์ พบว่าร้านอาหารที่สมัครเข้าร่วมมียอดขายเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 56 จึงทำให้ผู้ประกอบการร้านอาหารที่อยู่ในห้างสรรพสินค้าและร้านอาหารในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยทยอยปรับตัว โดยใช้บริการรับคำสั่งซื้อผ่านแพลตฟอร์มเพื่อกระตุ้นยอดขาย อีกทั้งการสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์จะกลายเป็นวิถีชีวิตที่คงอยู่ต่อไป เนื่องจากประชาชนเริ่มเคยชินกับความสะดวกสบายได้ที่รับ โดยร้อยละ 87 ของผู้บริโภคในกลุ่มอายุ 25-34 ปี นั้นต่างก็มองว่าแม้โรคระบาดโควิด-19 จะจบลงแต่ก็ยังคงจะสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มต่อไปในอนาคต⁽⁶⁾

สำหรับวิถีชีวิตใหม่ในการสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ในส่วนจังหวัดภูเก็ต พบว่ามีผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์มากเป็นลำดับที่ 3 จากทั้งหมด 26 จังหวัดทั่วประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และจำนวนพลขับที่ให้บริการในจังหวัดภูเก็ต ได้แก่ แกร็บฟู้ด (Grab Food) ฟู้ดแพนด้า (Food Panda) ไลน์แมน (Line Man)⁽⁹⁾ แม้ว่าการสั่งอาหารบริการส่งถึงที่ จะเป็นการสร้างความสบายและอำนวยความสะดวกให้กับผู้บริโภคและเกิดการกระตุ้นเศรษฐกิจ แต่ในความจริงแล้วการสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ผู้บริโภคต้องคำนึงถึงสุขอนามัยและสุขาภิบาลอาหารและเครื่องดื่มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้บริโภคสั่งอาหารออนไลน์ไม่สามารถรับรู้ร้านนั้นสะอาดหรือถูกสุขลักษณะหรือไม่ รวมถึงผู้สัมผัสอาหารขณะขนส่งอาหารมีการควบคุมความสะอาด มีการป้องกันการกระจายโรคจากผู้ส่งอาหารไปยังผู้บริโภคที่ถูกต้องตามหลักการด้านสุขาภิบาลอาหารและตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศหรือไม่⁽¹⁰⁾

ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์ ผลกระทบสุขภาพ และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ต่อการจัดส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งถือว่าเป็นระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนยุคใหม่ และการพัฒนาเหล่านี้จะยกระดับงานสุขาภิบาลอาหาร อนามัยสิ่งแวดล้อมของภาครัฐ และหน่วยงานในระดับที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผลกระทบสุขภาพผู้บริโภค ผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อตรวจประเมินการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารต่อการจัดส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดส่งอาหารถึงที่ (Food Delivery) หมายถึง บริการจัดส่งอาหารที่นำแนวคิดสมัยใหม่ใช้เทคโนโลยีทางดิจิทัลในการสร้างแพลตฟอร์มออนไลน์ให้ผู้บริโภคเข้าถึงได้โดยผ่านเครือข่ายที่มีแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์เป็นตัวกลาง โดยจัดส่งอาหารตามที่อยู่ผู้บริโภค⁽⁵⁾

ร่วมกับแนวคิดรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต อันเนื่องมาจากมีบางสิ่งเข้ามากระทบจนแบบแผนและแนวทางการปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีชีวิตใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย (New normal)⁽¹⁾

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้บริโภค เจาะจงผู้ใช้บริการจัดส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติการสั่งซื้ออาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ไม่น้อยกว่า 3 เดือนและอาศัยใน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลาง และอำเภอกะทู้ อำเภอละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน
2. ผู้ประกอบการร้านอาหาร เจาะจงผู้ประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่มที่ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการส่งอาหารในอำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลางและอำเภอกะทู้ จำนวน 11 แห่ง ดังนี้
 - 2.1 อำเภอเมือง 4 แห่ง คือ ศูนย์อาหารในห้างสรรพสินค้า ร้านอาหารในโรงอาหารมหาวิทยาลัย ร้านไก่ทอดและคาเฟ่ (เครื่องดื่ม)
 - 2.2 อำเภอถลาง 3 แห่ง คือ ศูนย์อาหารในห้างสรรพสินค้า ร้านไก่ทอด และคาเฟ่ (เครื่องดื่ม) หมายเหตุ: อำเภอถลางไม่มีมหาวิทยาลัย
 - 2.3 อำเภอกะทู้ 4 แห่ง คือ ศูนย์อาหารในห้างสรรพสินค้า ร้านอาหารในโรงอาหารมหาวิทยาลัย ร้านไก่ทอดและคาเฟ่ (เครื่องดื่ม)
3. ผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ เจาะจงผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ที่อยู่ประจำร้านอาหารและเครื่องดื่มที่ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการส่งอาหารตามข้อที่ 2 และปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 11 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. ผู้บริโภค: แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว
 - ส่วนที่ 2 ส่วนคำถาม ประกอบด้วย 6 ข้อ 1) ความถี่ในการสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์ม 2) ทำไมเลือกใช้บริการสั่งอาหารส่งถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ 3) ในการสั่งอาหารออนไลน์มีรูปแบบในการเลือกร้านอาหารอย่างไร 4) ปัญหาที่เกิดจากการใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์คืออะไร อย่างไร 5) มีการตรวจสอบความสะอาด ความปลอดภัยของอาหารและเครื่องดื่มตลอดจนบรรจุภัณฑ์อย่างไร และ 6) ในการสั่งอาหารบริการส่งถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์มีความเชื่อมั่นว่าร้านและผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่ได้มีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลหรือไม่ อย่างไร
 - ส่วนที่ 3 ผลกระทบสุขภาพจากการใช้บริการจัดส่งอาหารถึงที่ โดยมีข้อคำถามคือ 1) น้ำหนัก/รอบเอวเพิ่มขึ้น 2) โรคที่มาจากพฤติกรรมกินไม่เหมาะสม เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น 3) สุขภาพร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าเนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อย
4) โรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับผู้สัมผัสอาหาร เช่น โควิด-19 อาหารเป็นพิษ เป็นต้น

2. ผู้ประกอบการร้านอาหาร ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประวัติการตรวจสุขภาพ ประวัติการอบรมสุขภาพอาหารและระยะเวลาในการปรุงประกอบอาหารต่อวัน

ส่วนที่ 2 ส่วนคำถาม ประกอบด้วย 1) ความถี่ในการรับคำสั่งซื้อผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ 2) ทำไมจึงเลือกขายอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ 3) เมนูที่ได้รับความนิยมมากที่สุดจากร้านเพราะอะไร 4) ในช่วงเกิดสถานการณ์โควิด-19 มีการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในร้านอาหารอย่างไร 5) การควบคุมเฝ้าระวัง ตรวจสอบความสะอาดและปลอดภัยของอาหารก่อนส่งผู้บริโภคอย่างไร และ 6) การควบคุม/กำกับและติดตามผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่เพื่อป้องกันหรือลดโอกาสแพร่กระจายเชื้อโรค

ส่วนที่ 3 ผลกระทบสุขภาพจากการให้บริการจำหน่ายอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ โดยมีข้อคำถาม คือ 1) การเจ็บปวดด้วยอาการต่างๆขณะปฏิบัติงาน เช่น ยืนนาน คอ ไหล่ เอว หลังส่วนล่าง และเท้า ช้อมือ 2) อุบัติเหตุในการทำงาน/ความเสี่ยงจากของมีคม/ไฟ/น้ำร้อน 3) โรคที่เกิดจากความเครียด และ 4) สุขภาพร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า

2.2 แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” (ตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561) โดยดัดแปลงตามลักษณะกิจการของร้านอาหาร ได้แก่

2.2.1 ร้านอาหารในห้างสรรพสินค้าและร้านอาหารในมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย หมวดที่ 1 สถานที่จำหน่ายอาหารและบริโภคอาหาร (ข้อ 1.1 สถานที่จำหน่ายและบริโภคอาหาร 8 ข้อ ข้อที่ 1.2 สถานที่ปรุงอาหาร 15 ข้อ และข้อ 1.3 ความเข้มของแสงสว่าง 2 ข้อ) หมวดที่ 2 สุขลักษณะของอาหาร (ข้อ 2.1 อาหาร 9 ข้อ ข้อ 2.2 น้ำดื่ม-น้ำใช้ 7 ข้อ และ ข้อ 2.3 น้ำแข็ง 5 ข้อ) หมวดที่ 3 สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่นๆ 11 ข้อและหมวดที่ 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร 8 ข้อ

2.2.2 ร้านไก่ทอด ประกอบด้วย หมวดที่ 1 สถานที่จำหน่ายอาหารและบริโภค (ข้อ 1.1 สถานที่จำหน่ายและบริโภคอาหาร 6 ข้อ ข้อที่ 1.2 สถานที่ปรุงอาหาร 15 ข้อ และข้อ 1.3 ความเข้มของแสงสว่าง 2 ข้อ) หมวดที่ 2 สุขลักษณะของอาหาร (ข้อ 2.1 อาหาร 8 ข้อ ข้อ 2.2 น้ำดื่ม-น้ำใช้ 7 ข้อ และ ข้อ 2.3 น้ำแข็ง 5 ข้อ) หมวดที่ 3 สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่นๆ 6 ข้อและหมวดที่ 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร 8 ข้อ

2.2.3 คาเฟ่ (เครื่องดื่ม) ประกอบด้วย หมวดที่ 1 สถานที่จำหน่ายอาหารและบริโภค (ข้อ 1.1 สถานที่จำหน่ายและบริโภคอาหาร 6 ข้อ ข้อที่ 1.2 สถานที่ปรุงอาหาร 12 ข้อ ข้อ 1.3 ห้องส้วม 4 ข้อ และข้อ 1.4 ความเข้มของแสงสว่าง 1 ข้อ) หมวดที่ 2 สุขลักษณะของอาหาร (ข้อ 2.1 น้ำดื่ม-น้ำใช้ 3 ข้อ

ข้อ 2.2 น้ำแข็ง 5 ข้อ) หมวดที่ 3 สัญลักษณ์ของภาชนะ อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่นๆ 3 ข้อและหมวดที่ 4 สัญลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร 8 ข้อ

3. ผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ ประกอบด้วย

3.1 แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว/การตรวจสุขภาพ เวลาให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ต่อวันและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน

ส่วนที่ 2 ส่วนคำถาม ประกอบด้วย 1) ความถี่ในการให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ 2) ทำไมเลือกให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ 3) วิธีการควบคุมคุณภาพอาหารเพื่อป้องกันการปนเปื้อนขณะให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์อย่างไร 4) มีการตรวจสอบความสะอาดและปลอดภัยของอาหารและเครื่องดื่มก่อนส่งให้ผู้บริโภคอย่างไร และ 5) การขนส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่อย่างไร

ส่วนที่ 3 ผลกระทบสุขภาพจากการให้บริการจำหน่ายอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ โดยมีข้อคำถาม คือ 1) ความเสี่ยงอุบัติเหตุจากการจราจรให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ 2) โรคที่เกิดจากความเครียด 3) สุขภาพร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ง่วงนอน 4) การเจ็บปวดด้วยอาการต่างๆ ขณะปฏิบัติงาน เช่น ตา ไหล่ คอ เอวและหลังส่วนล่าง

3.2 การปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ โดยดัดแปลงจากแบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ในหมวดที่ 4 ประเมินสัญลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ ตามข้อคำถาม คือ 1) หลักฐานการตรวจสุขภาพประจำปี/การได้รับวัคซีน 2) ในขณะที่ปฏิบัติงานหากมีอาการป่วยไม่หยุดปฏิบัติงาน 3) เมื่อไปส่งอาหารให้ผู้บริโภคท่านส่งอาหารแบบ Personal distancing ยืนห่างจากผู้บริโภคอย่างน้อย 1 เมตรและไม่วางอาหารบนพื้น 4) ท่านแต่งกายสะอาดและสวมเสื้อมีแขนหรือเครื่องแบบที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนได้และ 5) ท่านสวมหน้ากากอนามัยระหว่างปฏิบัติงานล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร้านอาหารและหลังการส่งอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ผู้บริโภค ผู้ประกอบการร้านอาหาร ผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลร้านอาหาร และแบบปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขาภิบาลอาหารที่ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีงานสอนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาจารย์ที่สอนด้านจุลชีววิทยาในงานสาธารณสุข ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.92 นำไปทดลองใช้กับผู้บริโภค ผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97

การดำเนินการวิจัย

ได้กำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และเมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้วิธีการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มล่วงหน้าก่อนการเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ แจ้งวัน เวลาและสถานที่ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการสัมภาษณ์เป็นเวลาไม่เกิน 30 นาทีต่อคน เก็บข้อมูลจำนวน 1 ครั้ง จากนั้นผู้วิจัยจะอาศัยการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอล (Snowball sampling) โดยการบอกต่อจากผู้ให้ข้อมูลคนแรกไปยังผู้ให้ข้อมูลคนถัดไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดและใช้รหัสแทนชื่อในการบันทึกข้อมูล

สำหรับแบบประเมินสุขาภิบาลร้านอาหาร ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ประกอบการร้านอาหารให้เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหรือปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารร่วมประเมินการตรวจเพื่อป้องกันการผิดพลาด เวลาไม่เกิน 20 นาที ในวันเดียวกับวันเก็บข้อมูลผู้ประกอบการร้านอาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและการเก็ยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทำการแยกแยะวิเคราะห์กลุ่มคำหรือประโยคและเปรียบเทียบข้อมูล จำแนกข้อมูลที่เหมือนกันและต่างกันอย่างชัดเจนทำการจัดกลุ่มเพื่อตีความข้อมูล โดยการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยของข้อมูลจำนวนหลากหลายที่ได้จากการตีความ

2. แบบประเมินระดับผลกระทบสุขภาพสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) คือ ไม่ได้รับผลกระทบให้ 1 คะแนน ผลกระทบน้อยให้ 2 คะแนน ผลกระทบปานกลางให้ 3 คะแนน ผลกระทบมากให้ 4 คะแนน และผลกระทบมากที่สุดให้ 5 คะแนน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยเลขคณิต

3. แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารร้านอาหาร เกณฑ์การประเมินให้ผู้ประเมินแสดงเครื่องหมายในช่องผลการตรวจแนะนำ คือ

ถูกต้องครบถ้วน คือ สถานที่จำหน่ายอาหารเป็นไปตามข้อกำหนดสุขลักษณะได้ถูกต้องครบถ้วน

ต้องปรับปรุง คือ สถานที่จำหน่ายอาหารไม่เป็นไปตามข้อกำหนดสุขลักษณะ ควรให้คำแนะนำ

ไม่มีกิจกรรม คือ ไม่มีกิจกรรมที่ระบุไว้ให้ถือว่าผ่านมาตรฐานข้อกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาชนิดร้อยละ

4. แบบประเมินสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่ เกณฑ์การประเมินการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ ผู้ประเมินจะแสดงเครื่องหมายในช่องผลการตรวจประเมิน ดังนี้ ถูกต้อง ต้องปรับปรุงและไม่ถูกต้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต เลขที่จริยธรรม PKRU 2565/24 ลงวันที่รับรอง 18 พฤศจิกายน 2565 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และเมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อขอความยินยอมและอนุญาตให้สัมภาษณ์เชิงลึกข้อมูลสำหรับการวิจัยโดยใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีและจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ เมื่อได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มแล้วผู้วิจัยจะแจ้งกระบวนการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งนี้การนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อ-สกุล และชื่อร้านอาหาร แพลตฟอร์มที่สังกัด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าใจในรายละเอียดดังกล่าวแล้ว และพร้อมยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงจะทำการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลจนข้อมูลจะอิ่มตัว

ผลการวิจัย

การศึกษาสถานการณ์ ผลกระทบสุขภาพผู้บริโภค ผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต

การศึกษาสถานการณ์และผลกระทบสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นภาพรวมและรอบด้านมากที่สุด ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวกับการใช้บริการสั่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้บริโภค ผู้ประกอบการร้านอาหาร และผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ พบว่า

1. สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพของผู้บริโภค

พบว่า ผู้บริโภค 15 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาปริญญาตรี 12 คน (ร้อยละ 80.00) ปริญญาโท 2 คน (ร้อยละ 13.33) และปริญญาเอก 1 คน (ร้อยละ 6.67) มีอายุในช่วง 20-30 ปี 12 คน (ร้อยละ 80.00) รองลงมาอายุ 31-40 ปี 3 คน (ร้อยละ 20.00) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 9 คน (ร้อยละ 60.00) และน้ำหนักเกินเกณฑ์ 6 คน (ร้อยละ 40.00) มีโรคประจำตัว คือ โรคหัวใจ 1 คน (ร้อยละ 6.67)

ผลการสัมภาษณ์สถานการณ์ของผู้บริโภค พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยวิถีชีวิตในความปกติใหม่ตอบสนองเรื่องความสะดวกสบายเพิ่มขึ้น โดยคำถามจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

ความถี่ในการบริการสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ใน 1 สัปดาห์ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า...
“ผู้บริโภคสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์หรือความถี่เฉลี่ย 1 ครั้งต่อวัน”

ทำไมเลือกใช้บริการสั่งอาหารส่งถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลหลักเชื่อว่า เกิดจากความเคยชินที่ได้รับขณะมีภาวะระบาดโรคโควิด-19 และลดความเสี่ยงด้านต่างๆ อาจกล่าวได้ว่าการแพร่ระบาดโควิด-19 เป็นตัวเร่งที่ทำให้ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีกันมากขึ้นและทดแทนการใช้ชีวิต

ในรูปแบบเดิมที่ไม่สามารถทำได้ อีกทั้งกล่าวว่า “...สะดวก ไม่ต้องเดินทางไปร้านอาหารด้วยตนเอง รับอาหารได้ที่หน้าบ้านได้ มีรายการอาหารในการสั่งซื้อหลากหลายและมีโปรโมชั่นลดราคา ส่งฟรี...”

รูปแบบในการเลือกร้านอาหาร ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า “...เลือกร้านที่มีคะแนนรีวิวสูงและคะแนนการให้บริการส่งอาหารจากผู้ส่งอาหารถึงที่...” เนื่องจากเชื่อว่าร้านอาหารที่มีผู้สั่งซื้อมากแสดงว่าอาหารอร่อย สะอาด ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ดังกล่าวที่ว่า “... กระแสนิยมจากชาวนี้นี้จะเป็นสิ่งการันตีคุณภาพร้านอาหาร...”

ปัญหาที่เกิดจากการใช้บริการส่งอาหารออนไลน์คืออะไร ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า “...ปริมาณอาหารที่ได้รับกับราคาไม่สมเหตุ สมผล...”

มีการตรวจสอบความสะอาด ความปลอดภัยของอาหารและเครื่องดื่มตลอดจนบรรจุภัณฑ์อย่างไร ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า “...ตรวจสอบ/สังเกตภาชนะปิดมิดชิด สะอาด ภาชนะเป็นชนิดใด มีสิ่งแปลกปลอมในอาหาร...”

ในการสั่งอาหารบริการส่งถึงท่านมีความเชื่อมั่นร้านและผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่ได้มีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลหรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า “...มีความเชื่อมั่นว่าผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่ได้ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาล...” และบางส่วน “... ไม่เชื่อมั่น ไม่เห็นวิธีทำ ขั้นตอนการประกอบอาหาร...” แต่มีคำกล่าวที่ว่า “...พิจารณาจากรีวิวร้านอาหารและอยากให้หน่วยงานตรวจสอบเรื่องสุขอนามัย เพราะผู้บริโภคออนไลน์ไม่สามารถรับรู้ร้านนั้นสะอาด ถูกสุขลักษณะอนามัยหรือไม่...”

ผลกระทบสุขภาพของผู้บริโภคจากการใช้บริการส่งอาหารถึงที่ พบว่า จะทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าเนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อยมากที่สุด ร้อยละ 60.00 ($\bar{X}=2.93$, $SD=0.96$) รองลงมาเป็นประเด็น น้ำหนัก/รอบเอวเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพระดับมาก ร้อยละ 53.33 ($\bar{X}=2.27$, $SD=0.80$) และโรคที่มาจากพฤติกรรมการกินไม่เหมาะสม เช่น โรคกระเพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 ($\bar{X}=2.13$, $SD=1.06$)

2. สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพของผู้ประกอบการร้านอาหาร

พบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหาร 11 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุในช่วง 41-50 ปี 9 คน (ร้อยละ 81.81) อายุ 31-40 ปี 2 คน (ร้อยละ 18.18) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.81) ระดับปริญญาตรี 2 คน (ร้อยละ 18.18) โรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและปวดเมื่อยตามร่างกาย ผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหาร 5 คน (ร้อยละ 45.45) และระยะเวลาในการปรุงประกอบอาหาร 6-10 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 63.63)

ผลการสัมภาษณ์สถานการณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารขายอาหารผ่านแพลตฟอร์ม พบว่าความถี่ในการรับคำสั่งซื้อผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่าร้านอาหารในห้างสรรพสินค้ามียอดคำสั่งซื้อต่อวัน “...เฉลี่ยไม่น้อยกว่า 50 ออเดอร์ต่อวัน...” ร้านอาหารในมหาวิทยาลัยมียอดคำสั่งซื้อ “...เฉลี่ย 30-35 ออเดอร์ต่อวัน...” ร้านไก่ทอดมียอดคำสั่งซื้อ “... 20-30 ออเดอร์ต่อวัน...” และคาเฟ่ (เครื่องดื่ม) มียอดคำสั่งซื้อ “... 80-100 ออเดอร์ต่อวัน...”

ทำไมจึงเลือกขายอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่าเป็นช่องทางเดียวที่จะขายอาหารและมีรายได้เข้ามาจนเกือบครบครัน โดยช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 และมีการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (ล็อกดาวน์) และมาตรการด้านสาธารณสุข ดังคำกล่าวว่า “...เห็นด้วยกับมาตรการดังกล่าว แต่ก็เครียดมาก ไม่มีรู้จะทำอย่างไรดี หนี้สินก็มีมาก ไม่มีเงิน ...” จึงต้องการปรับตัวขายอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ยอมได้กำไรน้อยแต่อยู่ได้ เนื่องจากราคาและปริมาณอาหารที่ขายออนไลน์ต้องมีค่าต้นทุนเพิ่มจากออนไลน์ประมาณร้อยละ 30 เพื่อรักษากลุ่มลูกค้าไว้ ดังคำกล่าวที่ว่า “... ผู้บริโภคยังคงนิยมสั่งอาหารบริการส่งถึงที่มากยิ่งขึ้น จะสวนกระแสก็คงทำไม่ได้ และถ้าเปิดขายหน้าร้านได้ ก็ยังคงขายพร้อมกันทั้งสองช่องทาง...”

เมนูที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในร้าน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวไว้ว่า “...เมนูเซตพร้อมส่งฟรี จะได้รับความนิยมมากที่สุดในร้านค้า...”

การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในร้านอาหาร ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการควบคุมการแพร่ระบาดจะเน้นควบคุมผู้ให้บริการจัดส่งอาหารถึงที่ ดังคำกล่าวที่ว่า “...นั่งในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้สำหรับรอรับอาหาร...”

การควบคุม ตรวจสอบความสะอาด และความปลอดภัยของอาหารก่อนส่งผู้บริโภค ดังคำสัมภาษณ์บางส่วน “...มีการตรวจสอบความสะอาดและปลอดภัยของอาหารและบรรจุภัณฑ์ที่ใช้บรรจุอาหารเป็นภาชนะจากเยื่อกระดาษขนอ้อยและถุงร้อนใส่อาหาร เนื่องจากมาตรการจังหวัดภูเก็ต งดใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ทำจากโฟม...”

การควบคุม/กำกับและติดตามผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่เพื่อป้องกันหรือลดโอกาสแพร่กระจายเชื้อโรค ดังคำกล่าวที่ว่า “...ร้านค้ามีการเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพอาหารต้องสะอาด ถูกสุขลักษณะ และปรุงสุกใหม่แต่ไม่ได้มีการกำกับให้ใช้วิธีการส่งอาหารแบบ *Personal distancing* และห้ามวางอาหารบนพื้น เนื่องจากการปฏิบัติดังกล่าวเกินจากขอบเขตที่ร้านจะกำกับหรือติดตามได้ขณะนำส่งอาหารถึงที่...”

ผลกระทบสุขภาพของผู้ประกอบการร้านอาหาร พบว่า การเจ็บปวดด้วยอาการต่างๆ ขณะปฏิบัติงาน เช่น ยืนนาน คอ ไหล่ เอว หลังส่วนล่างและเท้า ข้อมือ ส่งผลกระทบระดับมากที่สุด ร้อยละ 60.00 ($\bar{X}$ =4.10, SD=0.88) รองลงมา คืออุบัติเหตุในการทำงาน/ความเสี่ยงจากของมีคม/ไฟ/น้ำร้อน ส่งผลกระทบระดับมาก ร้อยละ 40.00 ($\bar{X}$ =3.10, SD=0.99) และสุขภาพร่างกายอ่อนเพลีย ส่งผลกระทบระดับปานกลาง ร้อยละ 30.00 ($\bar{X}$ =3.10, SD=0.88)

3. สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพของผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่

พบว่าผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่จำนวน 11 คน เพศชาย 10 คน (ร้อยละ 90.90) เพศหญิง 1 คน (ร้อยละ 9.09) มีอายุในช่วง 21-30 ปี 7 คน (ร้อยละ 63.63) และอายุในช่วง 31-40 ปี 4 คน (ร้อยละ 36.36) ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.81) มีการตรวจสุขภาพและได้รับวัคซีนก่อนการสมัครเข้าทำงานเป็นผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่ 5 คน (ร้อยละ 45.45) เวลาขับรถบริการส่งอาหารถึงที่เฉลี่ยต่อวัน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน และพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาอย่างน้อย 2 มื้อต่อวัน การพักผ่อน

เฉลี่ยวันละ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และมีปัญหาสุขภาพเรื่องปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเนื่องจากต้องนั่งรอรับคำสั่งซื้อบนรอมอเตอร์ไซด์

ผลการสัมภาษณ์สถานการณ์ผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ พบว่า ความถี่การให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ใน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า “... การรับคำสั่งซื้อและการให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มเฉลี่ย 10-15 ออเดอร์ต่อวัน...”

ทำไมเลือกให้บริการขนส่งอาหารส่งถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่าเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 เช่น ถูกบังคับให้ลาออกจากที่ทำงานเดิม อาชีพที่ทำเดิมรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ เป็นต้น อาชีพบริการขนส่งอาหารถึงที่จึงเป็นช่องทางหนึ่งในการหารายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “...รายได้ไม่พอจ่ายในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ โควิด-19 ระบาดกินนอนไม่ค่อยหลับ เครียดมาก อาชีพบริการขนส่งอาหารถึงที่ได้มีงานทำมากยิ่งขึ้นแต่ไม่สามารถเป็นงานที่มีรายได้มั่นคง อุบัติเหตุบนถนนก็มีความเสี่ยงสูง...”

วิธีการควบคุมคุณภาพอาหารเพื่อป้องกันการปนเปื้อนขณะให้บริการขนส่งอาหารส่งถึงที่อย่างไร ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า “...โดยปกติหลังจากรับอาหารจากร้านอาหารจะนำใส่กระเป๋ากีบอาหารไม่ได้ตรวจสอบอาหาร...” ดังคำกล่าวบางส่วน “...ร้านน่าจะมีการปรับตัวตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ...”

มีการตรวจสอบความสะอาดและปลอดภัยของอาหารและเครื่องดื่มก่อนส่งให้ผู้บริโภคอย่างไร ผู้ให้ข้อมูลหลักคิดว่าการตรวจสอบจะตรวจสอบเฉพาะบรรจุภัณฑ์ภายนอกไม่มีการเปิดบรรจุภัณฑ์อาหาร ดังคำกล่าวที่ว่า “...ถ้าอาหารไม่สะอาดหรือไม่ปลอดภัย ผู้บริโภคจะส่งเรื่องผ่านร้านอาหาร โพสต์ลงสื่อออนไลน์ เป็นต้น ...”

การส่งอาหารถึงที่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่อย่างไร ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่าสมัครเข้ามาทำงานบริการขนส่งอาหารถึงที่ เนื่องจากมีภาระทางครอบครัวและงานไม่มั่นคง มีความเสี่ยงสูง ดังคำกล่าว “...ถ้าไม่ทำก็ไม่มีอะไรจะกิน เลยคิดว่าทำๆไปก่อน แต่ตอนนี้เริ่มกลับเข้าสู่ภาวะการณปกติก็จะหางานที่มั่นคงต่อไป ...”

ผลกระทบสุขภาพของผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ พบว่าความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรในขณะที่ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่มากที่สุด ร้อยละ 63.64 ($\bar{X}$ =4.55, SD=0.69) รองลงมาผลกระทบสุขภาพระดับมากคือ การเจ็บปวดด้วยอาการต่างๆ ขณะปฏิบัติงาน เช่น ตา ไหล่ คอ เอว และหลังส่วนล่าง ร้อยละ 45.45 ($\bar{X}$ =4.36, SD=0.67)

การตรวจประเมินการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต

1. ผลการตรวจประเมินการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลร้านอาหาร

1.1 ร้านอาหารในมหาวิทยาลัย

ร้านอาหารในมหาวิทยาลัย จำนวน 2 แห่งในอำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอกะทู้ พบว่าผลการตรวจแนะนำข้อกำหนดสุขลักษณะของ PK-U1 ที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด คือ ข้อที่ 2.3 น้ำแข็ง ได้แก่

น้ำแข็งสำหรับบริโภคผ่านเกณฑ์มาตรฐานและการใช้อุปกรณ์ที่สะอาด มีด้าม สำหรับคีบหรือตักน้ำแข็ง โดยเฉพาะ (ร้อยละ 40) รองลงมาข้อที่ 1.1 สุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร ได้แก่ การจัดให้มีอ่างล้างมือในพื้นที่บริโภคอาหารที่แยกจากห้องส้วมและไม่พบสัตว์และแมลงนำโรคในพื้นที่รับประทานอาหาร (ร้อยละ 25) และหมวดที่ 3 สุขลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ มีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้ตามข้อบัญญัติท้องถิ่นและหลักฐานผ่านการอบรมทุกคนตามหลักสูตรสุขภาพอาหารจากหน่วยงานจัดการอบรมที่กำหนด (ร้อยละ 25)

ร้านอาหารในมหาวิทยาลัย PK-U2 ผลการตรวจแนะนำข้อกำหนดสุขลักษณะที่ต้องปรับปรุงมากที่สุดคือ ข้อที่ 2.3 น้ำแข็ง ได้แก่ น้ำแข็งสำหรับบริโภคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน บริเวณที่วางถังเก็บน้ำแข็งต้องไม่มีน้ำขังเฉาะเฉาะ ใช้อุปกรณ์ที่สะอาด มีด้าม สำหรับคีบหรือตักน้ำแข็งโดยเฉพาะและห้ามนำอาหารหรือสิ่งของอย่างอื่นไปแช่รวมในถังน้ำแข็งสำหรับบริโภค (ร้อยละ 80) รองลงมาข้อ 1.2 สถานที่เตรียมอาหาร ได้แก่ ผัสดังหรือเพดานไม่มีหยากไย่ มีการระบายอากาศเพียงพอ ไม่เตรียมหรือปรุงอาหารบนพื้น บริเวณรอบถังมูลฝอยต้องสะอาดไม่มีเศษขยะตกค้างและคราบสกปรก มีการแยกเศษอาหารออกจากมูลฝอยและมีถังดับไขมันก่อนทิ้งสู่สาธารณะ (ร้อยละ 40)

1.2 ร้านอาหารในห้างสรรพสินค้า

ร้านอาหารในห้างสรรพสินค้า จำนวน 3 แห่งในอำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลางและอำเภอกะทู้ พบว่า ผลการตรวจแนะนำของ PK- F1 และ PK-F3 ข้อที่ต้องปรับปรุง คือ ข้อ 2.3 น้ำแข็ง ได้แก่ น้ำแข็งสำหรับบริโภคผ่านเกณฑ์มาตรฐานและการใช้อุปกรณ์ที่สะอาด มีด้าม สำหรับคีบหรือตักน้ำแข็งโดยเฉพาะ (ร้อยละ 40) หมวดที่ 3 สุขลักษณะของภาชนะ ได้แก่ เชียง สะอาด มีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้ (ร้อยละ 20)

ผลการตรวจแนะนำของ PK-F2 ข้อที่ต้องปรับปรุง หมวดที่ 3 สุขลักษณะของภาชนะ ได้แก่ เชียง สะอาด มีสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบและผัก ผลไม้และการฆ่าเชื้อภาชนะและเครื่องใช้ภายหลังการทำความสะอาด เช่น ตากแดดหรือแช่น้ำร้อน (ร้อยละ 40) ข้อที่ 2.3 น้ำแข็ง ได้แก่ น้ำแข็งสำหรับบริโภคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 20) หมวดที่ 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร พบว่าทั้ง 3 แห่ง ผลการตรวจแนะนำที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ มีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้ตามข้อบัญญัติท้องถิ่นและมีทะเบียนและมีหลักฐานผ่านการอบรมทุกคนตามหลักสูตรสุขภาพอาหารจากหน่วยงานจัดการอบรมที่กำหนด (ร้อยละ 40)

1.3 ร้านไก่ทอด

ร้านไก่ทอด จำนวน 3 แห่งในอำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลางและอำเภอกะทู้ พบว่า PK-C2 และ PK-C3 ผลการตรวจที่แนะนำให้ปรับปรุง หมวดที่ 4 สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ หลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้ตามข้อบัญญัติท้องถิ่นและมีทะเบียนหรือหลักฐานผ่านการอบรมทุกคนตามหลักสูตรสุขภาพอาหารจากหน่วยงานจัดการอบรมที่กำหนด

(ร้อยละ 40) และ PK-C1 ผลการตรวจที่ต้องแนะนำปรับปรุง หมวดที่ 4 ได้แก่ มีหลักฐานผ่านการอบรมทุกคนตามหลักสูตรสุขภาพอาหารจากหน่วยงานจัดการอบรมที่กำหนด (ร้อยละ 12.5)

1.4 ร้านคาเฟ่ (เครื่องดื่ม)

ร้านคาเฟ่ จำนวน 3 แห่งในอำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลางและอำเภอกะทู้ พบว่า ผลการตรวจแนะนำของ PK-Café 1 ที่ต้องปรับปรุง หมวดที่ 4 สุขลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ มีหลักฐานผ่านการอบรมทุกคนตามหลักสูตรสุขภาพอาหารจากหน่วยงานจัดการอบรมที่กำหนด (ร้อยละ 12.5) PK-Cafe 2 พบว่าข้อที่ 1.2 ได้แก่ การระบายอากาศเพียงพอ (ร้อยละ 8.33) และข้อ 2.2 น้ำแข็ง ได้แก่ เก็บในภาชนะที่สะอาด ไม่มีคราบสกปรก มีฝาปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 15 ซม.และจากปากขอบภาชนะสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. (ร้อยละ 20) และ PK-Cafe3 หมวดที่ 3 ได้แก่ ภาชนะล้างด้วยสารทำความสะอาดและล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้งหรือใช้เครื่องล้างที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 33.33) และหมวดที่ 4 ได้แก่ มีหลักฐานผ่านการอบรมทุกคนตามหลักสูตรสุขภาพอาหารจากหน่วยงานจัดการอบรมที่กำหนด (ร้อยละ 12.5)

2. ผลการประเมินสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่

ผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่ใน จำนวน 11 คน พบว่า ผลการตรวจประเมินสุขลักษณะส่วนบุคคลข้อที่ต้องปรับปรุงมากที่สุดคือ มีหลักฐานการตรวจสุขภาพประจำปี/วัคซีน คิดเป็นร้อยละ 45.45 ($\bar{X}=2.37$, $SD=0.67$) รองลงมาคือ ขณะที่ปฏิบัติงานหากท่านป่วยจะไม่หยุดปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 36.36 ($\bar{X}=2.64$, $SD=0.51$) และท่านสวมหน้ากากอนามัยระหว่างปฏิบัติงาน ล้างมือบ่อยๆก่อนเข้าและหลังการส่งอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 9.10 ($\bar{X}=2.91$, $SD=3.02$)

อภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ ผลกระทบสุขภาพผู้บริโภค ผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต

ผลการสัมภาษณ์สถานการณ์ พบว่าพฤติกรรมผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยวิถีชีวิตในความปกติใหม่ตอบสนองเรื่องความสะดวกสบายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีประกอบกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ผู้บริโภคไม่ออกไปเลือกซื้ออาหาร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่าการแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บริการจัดส่งอาหารถึงที่เป็นที่นิยมในยุคปกติใหม่⁽¹¹⁾ จากกระแสความต้องการใช้บริการส่งอาหารถึงที่ในยุคปกติใหม่ กรมอนามัยจึงแนะนำ 4 ข้อ เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อโควิด-19 ผ่านการสั่งซื้ออาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ คือ 1) ผู้ประกอบการร้านอาหารที่บริการจัดส่งอาหารถึงที่ติดตามสถานการณ์และให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ให้ใช้วิธีการส่งอาหารแบบ Personal distancing ยืนห่างจากผู้บริโภคอย่างน้อย 1 เมตร และห้ามวางอาหารบนพื้น 2) ร้านอาหารที่บริการจัดส่งอาหารถึงที่ร้านต้องสะอาด ถูกสุขลักษณะ 3) ผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ต้องสวมหน้ากากอนามัยระหว่างปฏิบัติงาน ล้างมือบ่อยๆ ก่อนและหลังการส่งอาหารให้ผู้สั่งซื้ออาหาร 4) ผู้บริโภคให้เตรียมภาชนะรองรับอาหาร นอกจากนี้กรมอนามัย

ยังประกาศเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาชนะบรรจุอาหาร ผู้บริโภคต้องให้ความสำคัญกับอันตรายที่เกิดจากภาชนะบรรจุอาหารประเภทพลาสติก ซึ่งภาชนะบรรจุอาหารพลาสติกบางประเภทเมื่อโดนความร้อนจะเกิดปฏิกิริยาทำให้สารเคมีปนเปื้อนสู่อาหารส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภคนอกเหนือจากที่กล่าวมานั้น ผู้บริโภคสะท้อนสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผลกระทบต่อสุขภาพที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการใช้บริการส่งอาหารถึงที่แม้ว่าจะป้องกันโรคโควิด-19 ได้แต่ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพที่ทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อยและน้ำหนักหรือรอบเอวเพิ่มขึ้น ส่งผลเสี่ยงต่อการโรคที่มาจากพฤติกรรมกาารกินไม่เหมาะสม เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สำหรับสถานการณ์ผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ การรับคำสั่งซื้อผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์จะทำให้เกิดการสร้างรายได้ แม้ว่าค่าต้นทุนจะเพิ่มขึ้นจากออนไลน์ประมาณร้อยละ 30 ก็ตามแต่เพื่อรักษากลุ่มลูกค้าไว้ เนื่องจากการสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์จะกลายเป็นวิถีชีวิตที่คงอยู่ต่อไป⁽⁶⁾ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสภาวะความจำยอมที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจโดยตรงเช่นเดียวกับผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรในขณะที่ส่งอาหารถึงที่ ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ต้องแลกกับอุบัติเหตุ ปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน กล่าวคือ ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่จำเป็นต้องเผชิญที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น การขับขี่เพื่อให้บริการส่งอาหารถึงที่ต้องเผชิญต่อมลพิษ ฝุ่นละอองที่เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ รวมถึงปัญหาสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นสถานการณ์ของผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่อาจส่งผลให้ตกอยู่ในสภาวะความเปราะบางได้⁽¹³⁾

การตรวจประเมินการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารและผู้ให้บริการขนส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต

จากการศึกษาข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กำหนดให้ร้านอาหารต้องปฏิบัติตามมาตรฐานร้านอาหารที่ปลอดภัยและถูกหลักสุขาภิบาลอาหารซึ่งก็มีใช้เรื่องใหม่ที่ควบคุมร้านอาหารตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 แต่เมื่อเข้าสู่ยุคความปกติใหม่ จะเห็นได้ว่าปัญหาการกำกับและการติดตามยังไม่ครอบคลุมทั้งร้านอาหารรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ๆ เช่น Food truck และร้านอาหารที่ไม่มีหน้าร้าน (Home kitchen) ที่มีการปรับรูปแบบการขายผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ รวมถึงมีผู้สัมผัสอาหารในกลุ่มผู้ส่งอาหารให้ถึงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะแกร็บหรือไลน์แมน ที่ยังไม่ผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษการตรวจประเมินการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลร้านอาหารทั้งหมด 11 แห่ง พบว่า ร้านอาหาร 10 แห่ง ได้แก่ ร้านอาหารในมหาวิทยาลัย (PK-U1) ร้านอาหารในห้างสรรพสินค้า ร้านคาเฟ่ (เครื่องดื่ม) และร้านไก่ทอด พบว่าข้อที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด คือ หมวดที่ 4 สุขลักษณะ ได้แก่ หลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้น ให้ตรวจสอบ

ได้ตามข้อบัญญัติท้องถิ่นและมีทะเบียนหรือหลักฐานผ่านการอบรมตามหลักสูตรสุขภาพอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหารจากหน่วยงานจัดการอบรมที่กำหนด นับตั้งแต่ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดมาตรการควบคุมสถานที่จำหน่ายอาหารให้ถูกสุขลักษณะเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของเชื้อโรคด้วยการอบรมหลักสูตรการสุขภาพอาหารเพื่อให้คุ้มครองสุขภาพของผู้บริโภคและพิทักษ์สิทธิของประชาชนในการรับบริการด้านอาหาร รวมถึงสุขภาพของผู้ปรุงประกอบอาหาร ผู้สัมผัสอาหารไม่ให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรค โดยตั้งเป้าหมายช่วงระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี 2561-2563 ต้องผ่านการอบรมให้ได้ 5 แสนคน⁽¹⁴⁾ แต่จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนได้ว่า แม้กรมอนามัย จะเร่งรัดและราชการส่วนท้องถิ่นได้มีการดำเนินการตรวจแนะนำร้านอาหารและจัดอบรม แต่ยังมีผู้ประกอบการบางรายและผู้สัมผัสอาหารที่ไม่ได้ปฏิบัติตามประกาศดังกล่าว ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้ประกอบการร้านอาหารหรือผู้ให้บริการส่งอาหารถึงที่อาจเป็นแหล่งรังโรค และเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้ แต่อย่างไรก็ดีผลจากการศึกษาร้านอาหารในมหาวิทยาลัย (PK-U2) 1 แห่ง ได้ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการตรวจประเมินถูกต้องครบถ้วนในหมวดที่ 4 เหตุที่เป็นเช่นนั้น เนื่องจากมหาวิทยาลัยมีการกำกับให้ผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้สัมผัสอาหาร ต้องผ่านการอบรมให้ครบทุกคนมีเช่นนั้นจะไม่ดำเนินการต่อสัญญาเช่าพื้นที่จำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัย และกำกับให้ทุกร้านผ่านเกณฑ์อาหารสะอาดและรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวหน่วยงานส่วนท้องถิ่นต้องวางระบบจัดการสุขภาพอาหารระดับท้องถิ่นเพื่อให้ครอบคลุมสำหรับวิถีชีวิตใหม่ในการสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของอาหารในระหว่างการเดินทางมาถึงผู้บริโภค

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. New Normal กับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง.[อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ย. 16] เข้าถึงจาก: <https://dsp.dip.go.th/th/category/2017-11-27-08-04-02/2020-06-29-14-39-49>
2. ณีวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า. 2564; 4(1):33-48.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจาก โรค COVID-19 เอกสารเผยแพร่สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.

6. สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563 (บรรณาธิการ แถลง). วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563; 10(3):ง-จ.
7. พชร เศรษฐวัชร, ศุภวัฒนา วงศ์ธนวุ. สภาพการณ์ ผลกระทบและมาตรการของรัฐต่อการจัดส่งอาหารถึงที่ในสภาวะแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2564; 12(1):199-213.
8. เพจเหยี่ยวข่าวภูเก็ต. กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ต.ค. 16] เข้าถึงจาก: <https://www.facebook.com/NewshawkPhuket>
9. ไทยรัฐ (ออนไลน์). โควิด-19 ดันคนขับแกร็บหน้าใหม่โตพรวด [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ย. 16] เข้าถึงจาก: <https://www.thairath.co.th/business/economics/1835113>
10. แทนคุณ คุณเงิน. การบริการจัดส่งอาหารออนไลน์ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ย. 16] เข้าถึงจาก: <https://law.kku.ac.th/wp/?p=12920>
11. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กระทรวงสาธารณสุข. แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” (ตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561) [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ย. 15] เข้าถึงจาก: https://foodsafety.anamai.moph.go.th/web-upload/13x34cba8a8c311038000343e8ab441d5ff/202104/m_news/35202/204119/file_download/9a4968709934f1dd45c5668181b2a10f.pdf
12. ศุภิกา วงศ์อุทัย, อุไรวรรณ ไกรนรา มูรานิช. อันตรายจากสารพิษที่มาจากอาหารปรุงสำเร็จแช่แข็งพร้อมอุ้งรับประทานบรรจุภัณฑ์พลาสติกเมลามีน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2562; 42(2):26-43.
13. ศรัญญา ปานเจริญ, วงอร พัวพันสวัสดิ์. ความเสี่ยงของแรงงานในดิจิทัลแพลตฟอร์มเบื้องหลังอาชีพพนักงานส่งอาหาร. วารสารวิจัย มข. สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 9(3):132-44.
14. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. รู้ยัง ผู้ประกอบการร้านอาหารต้องอบรมสุขลักษณะก่อน 16 ธ.ค. ฝ่าฝืนมีโทษปรับ [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ต.ค. 9] เข้าถึงจาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/11/20509>

ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลที่มีต่อการชักช้าของเด็กเล็ก

สุณีย์ ชื่นจันทร์*, นิติบดี สุขเจริญ**^a

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลที่มีผลต่อการชักช้าของเด็กเล็ก ตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE Model ของ Green & Kreuter ที่มีผลต่อการชักช้าของเด็กเล็ก

วิธีการศึกษา: เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด แบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบด้วย 3 ตอน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พฤติกรรมการป้องกันอาการชัก และความมั่นใจในการป้องกันอาการชัก ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ความสะดวกในการเข้ารับบริการและการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ วิธี Stepwise เพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่ออาการชักช้า

ผลการศึกษา: มีตัวแปรทำนาย จำนวน 4 ตัว ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก พฤติกรรมการป้องกันอาการชัก ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาลที่รักษาประจำ และระดับการศึกษา สามารถทำนายจำนวนครั้งของการชักช้าของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งมีความสามารถในการพยากรณ์ได้มากถึงร้อยละ 90

สรุปผลการศึกษา: เมื่อผู้ดูแลมีการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กไม่เหมาะสม มีระดับการศึกษาน้อย และมีพฤติกรรมการป้องกันอาการชักที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งระยะทางของบ้านที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล มีโอกาสทำให้ปริมาณการชักช้าของเด็กเล็กมากขึ้น

คำสำคัญ: การชักช้า; เด็กเล็ก; ปัจจัยของผู้ดูแล; PRECEDE Model

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

** ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนักวิจัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

^a Corresponding author: นิติบดี สุขเจริญ Email: nitibodee.suk@kbu.ac.th

รับบทความ: 23 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 29 พ.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 30 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 ม.ค. 67

Selected Factors of Caregivers Affecting Recurrent Seizures in Young Children

Sunee Chuenjan*, Nitibodee Sukjaroen**^a

Abstract

Objective: To study the selected predictive factors of caregivers affecting on recurrent seizures in young children according to Green & Kreuter's PRECEDE Model of health promotion planning

Methods: The research instruments were consisted of 2 sets of questionnaires. The first set of questionnaires consisted of 3 parts: personal information of the caregivers, seizure prevention behaviors, and confidence in preventing seizures. The second set of questionnaire was consisted of 2 parts: convenience in receiving services and taking care of daily activities. Data were analyzed using multiple regression analysis with stepwise method to predict factors affecting recurrent seizures.

Results: There were 4 predictive variables: taking care of children's daily activities, seizure prevention behaviors, distance from home to samples' regular hospital and level of education. The variables could predict the number of repeated seizures in children at a statistical significance of 0.01, with a predictive ability of up to 90 percent.

Summary: When caregivers take inappropriate care of children's daily activities, low level of education and incorrect prevention behaviors from seizure including far distance from home to the hospital, have a chance to high recurrent seizures in young children.

Keywords: Recurrent seizures; Young children; Factors of caregivers; PRECEDE Model

* Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

** Assistant Director, Research Center, Kasem Bundit University

^a Corresponding author: Nitibodee Sukjaroen Email: nitibodee.suk@kbu.ac.th

Received: Oct. 23, 23; Revised: Nov. 29, 23; Accepted: Nov. 30, 23; Published Online: Jan. 11, 24

บทนำ

อาการชักซ้ำของเด็กเล็ก พบบ่อยในเด็กที่ป่วยเป็นโรคไข้ชัก (Febrile seizure) โดยโรคไข้ชักในเด็กเล็กจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังของระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุด อาการชักซ้ำจากการติดเชื้อแล้วทำให้ไข้สูงแล้วเกิดภาวะชัก (Febrile seizure) พบบ่อยที่สุดในกลุ่มเด็กเล็ก อายุระหว่าง 6 เดือนถึง 3 ปี⁽¹⁾ นอกจากนี้สาเหตุของการชักในเด็กที่พบได้บ่อยปัจจัยสำคัญมาจากพันธุกรรม⁽²⁾ หรืออาจมีสาเหตุเกิดจากสมองได้รับการบาดเจ็บจากการขาดออกซิเจนขณะคลอด มีเลือดออกในสมอง การติดเชื้อที่ระบบประสาทหรือโครงสร้างเซลล์สมองที่ผิดปกติ อาการชักเกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองโดยที่มีการปลดปล่อยกระแสประสาทซึ่งเป็นกระแสไฟฟ้าจากเซลล์ประสาทสมอง ในจำนวนที่มากกว่าปกติทำให้เกิดอาการแสดงเป็นอาการชักหลายรูปแบบ⁽³⁾ จากการรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนธันวาคม 2563 พบว่า มีผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากหลายสาเหตุรวมกันทั้งหมด 198 ราย มีภาวะชักซ้ำจำนวนทั้งหมด 37 ราย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างปี 2560 ถึง 2563 คิดเป็น ร้อยละ 18.00, 55.55, 46.16 และ 5.70 ตามลำดับ โดยมีเด็กที่มีจำนวนการชักซ้ำมากที่สุดถึง 7 ครั้ง

ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กเล็กที่มีอาการชักได้เป็นอย่างดี ให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำกิจกรรมตามวัยได้อย่างปกติสุข ไม่มีอาการชักซ้ำเกิดขึ้นบ่อยๆ นั้น ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลอาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการชักซ้ำของเด็ก จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่า แนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE Model) ของ Lawrence W. Green⁽⁴⁾ มีความสอดคล้องเหมาะสมที่จะนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เพราะแบบจำลองนี้มีแนวคิดพื้นฐาน คือ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล⁽⁵⁾ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตามแบบจำลองนี้ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ โดยเป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้ คือหาความสัมพันธ์ของตัวแปรคัดสรร กับจำนวนครั้งของการชักซ้ำในเด็กและนำมาวางแผนกิจกรรมเพื่อช่วยผู้ดูแลโดยมีเป้าหมายหลัก คือการลดจำนวนครั้งของการชักซ้ำของเด็กและตามแบบจำลองนี้ ผู้วิจัยคิดว่าปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการชักซ้ำของเด็กและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ การศึกษา พฤติกรรมการป้องกันอาการชัก 4 ข้อของผู้ดูแล คือการจัดการภาวะไข้ของเด็ก การใช้ยาป้องกันการชักของเด็ก การติดตามการรักษาและการมาตรวจตามนัด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาการชักของเด็ก ปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ในครอบครัว และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกและระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล การเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ศึกษาปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลกับอาการชักซ้ำของเด็กเล็กที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาวางแผน จัดรูปแบบการให้ข้อมูลก่อนกลับบ้าน และข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีอาการชัก และป้องกันการชักซ้ำ เพื่อลดการบาดเจ็บทางสมองของเด็ก ลดความพิการของสมองเด็กที่มีอาการชักซ้ำๆ และสามารถมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลที่มีผลต่อการชักซ้ำของเด็กเล็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ (Descriptive correlation) ของปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล (ตัวแปรต้น) ประยุกต์ตามแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE model) ขั้นตอนที่ 4 ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันอาการชัก 4 ด้าน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านและ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกและระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล การเข้าถึงระบบการดูแลเด็กเบื้องต้น กับจำนวนครั้งของการเกิดอาการชักซ้ำของเด็กเล็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี (ตัวแปรตาม) โดยผู้วิจัยมีการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยวัดครั้งเดียว (One-shot study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือผู้ดูแลของเด็กที่มารับการรักษาด้วยอาการชัก อายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 5 ปี เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลสมุทรปราการจังหวัดสมุทรปราการ ในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย จำนวน 100 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดความเชื่อมั่นที่ ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 (Two-tailed test) อำนาจการทดสอบ (Level of power) เท่ากับ 0.80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Estimated population correlation-p เท่ากับ 0.30 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย⁽⁶⁾ แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เก็บตัวอย่างได้ 40 คน การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีเด็กในปกครองของผู้ดูแลเคยมีประวัติเกิดอาการชักอย่างน้อย 1 ครั้ง หรืออาจเป็นโรคลมชัก ชักจากไข้สูง หรืออาการชักจากสาเหตุ อื่นๆ และเด็กได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการชักของเด็ก

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการชัก 4 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดการภาวะไข้ของเด็ก 2) ด้านการให้อาหาร 3) ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น 4) ด้านการติดตามการรักษาและ

การมาตรวจตามนัด โดยดัดแปลงแบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันอาการชักในเด็กของผู้ดูแล ของณัฐริ อนุกุลวรรธกะ และคณะ⁽⁷⁾ ปรับและนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลกลุ่มที่ไม่เป็นตัวอย่างวิจัย จำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามผู้ดูแลถึงความมั่นใจในการป้องกันอาการชัก 4 ด้าน โดยดัดแปลง แบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันอาการชักในเด็กของผู้ดูแล ของณัฐริ อนุกุลวรรธกะ และคณะ⁽⁷⁾ ปรับและนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลกลุ่มที่ไม่เป็นตัวอย่างวิจัย จำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

แบบสอบถามชุดที่ 2 ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามของผู้ดูแลที่เกี่ยวกับความสะดวกในการเข้ารับบริการ คือ ความสะดวกและระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาล พาหนะที่ใช้ในการพาเด็กมาโรงพยาบาล การเข้าถึง การบริการ และการเข้าถึงการดูแลเบื้องต้น

ตอนที่ 2 แบบสอบถามของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันและการที่ผู้ดูแลได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.83 และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ไปทดสอบความเที่ยงกับมารดา/ผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยอาการชักจำนวน 15 ราย โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละฉบับคือ แบบสอบถามชุดที่ 1 ตอนที่ 2 เท่ากับ 0.75 แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนของผู้ดูแล 5 ด้านเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ของผู้ดูแล ประยุกต์ตามแบบจำลองการวางแผนส่งเสริม สุขภาพ (PRECEDE model) ประกอบด้วยปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการป้องกัน อาการชัก 4 ข้อ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก รายได้ของครอบครัว และการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกและระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล การเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วย กับจำนวนครั้งของการชักซ้ำในรอบ 1 ปี โดยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่ออาการชักซ้ำของประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือผู้ดูแลของเด็ก ที่มารับการรักษาด้วยอาการชัก อายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 5 ปี เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก และความสัมพันธ์ กับเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 33 คน ร้อยละ 80.5 และเพศชาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 19.5 สำหรับอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-35 ปี จำนวน 16 คน ร้อยละ 39.0 รองลงมาได้แก่ อายุระหว่าง

36-45 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 26.8 อายุต่ำกว่า 25 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 22.0 และอายุระหว่าง 46-55 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 12.2 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา จำนวน 16 คน ร้อยละ 39.0 รองลงมาได้แก่ ประถมศึกษา หรือไม่ได้ศึกษาจำนวน 10 คน ร้อยละ 24.4 ปริญญาตรี จำนวน 7 คน ร้อยละ 17.1 และอนุปริญญา จำนวน 8 คน ร้อยละ 19.5 ความสัมพันธ์กับเด็ก ส่วนใหญ่เป็นมารดา จำนวน 32 คน ร้อยละ 78.0 รองลงมาเป็น บิดา จำนวน 5 คน ร้อยละ 12.2 และ ย่า ยาย ป้า จำนวน 4 คน ร้อยละ 9.8 และ สำหรับระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ส่วนใหญ่ ใช้เวลาดูแลเด็ก 40-60 เดือนจำนวน 19 คน ร้อยละ 46.3 รองลงมาได้แก่ 13-39 เดือน จำนวน 17 คน ร้อยละ 41.5 น้อยกว่า 6 เดือนจำนวน 3 คน ร้อยละ 7.3 และ มากกว่า 60 เดือน จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.9

พฤติกรรมในการป้องกันอาการชัก จากการศึกษาผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่มีอาการชักและรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าภาพรวมโดยเฉลี่ยผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันอาการชัก อยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง ($\bar{X}=4.30$, $SD=0.30$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันอาการชัก ส่วนใหญ่คือ ด้านการติดตามการรักษาและการมาตรวจตามนัด รองลงมาได้แก่ ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ด้านการใช้อาหารที่ถูกต้อง อยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง และด้านการจัดการภาวะไข้ของเด็ก อยู่ในระดับปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ($\bar{X}= 4.42, 4.35, 4.29, 4.14$ และ $SD=0.40, 0.53, 0.59, 0.72$ ตามลำดับ)

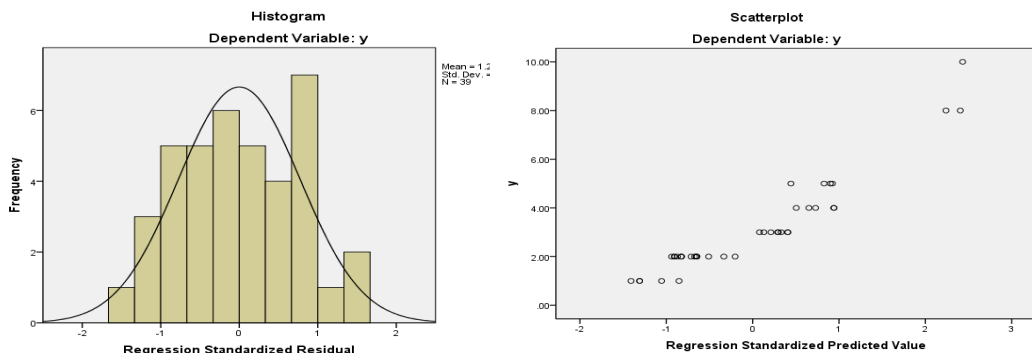
ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ครอบครัว แสดงรายละเอียดดังนี้ การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก พบว่าภาพรวมโดยเฉลี่ยผู้ดูแลมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ($\bar{X}=3.92$, $SD=1.07$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมโดยเฉลี่ย พบว่าผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับได้รับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$, $SD=1.40$) รายได้ครอบครัวต่อเดือนของผู้ดูแล พบว่ามีรายได้ต่ำสุด 3,000 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท รายได้เฉลี่ย 13,821 บาท รายได้เบี่ยงเบน 9,278.93 บาท เมื่อพิจารณาช่วงของรายได้พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,000-30,000 บาท จำนวน 25 คน ร้อยละ 61.0 รองลงมาได้แก่ ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 14 คน ร้อยละ 34.1 และมากกว่า 30,000 บาท ขึ้นไป จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.9

ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ความสะดวกและระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มีระยะทางระหว่าง 11-50 กิโลเมตร และการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นส่วนใหญ่ มีระยะเวลา น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

ผลการทำนายปัจจัยคัดสรรของของผู้ดูแล

ทำนายปัจจัยคัดสรรของของผู้ดูแลตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEED Model ของ Green ต่อการชักซ้ำของเด็กเล็กที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ จากการตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าอัตราความแปรปรวนเฟ้อ (Variance Inflation Ratio: VIF) มีค่าน้อยกว่า 5.3 และมีค่าความทน หรือความคลาดเคลื่อนยินยอม (Tolerance) มากกว่า 0.19 ทุกตัวแปร แสดงว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ⁽⁸⁾ แสดงดังตาราง 1 เมื่อพิจารณาการแจกแจงค่ามาตรฐานของเศษเหลือกับตัวแปรตาม

พบว่าเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution) และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม (Linearity) แสดงดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การแจกแจงแบบโค้งปกติ และความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Stepwise เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทำนาย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ (sex) อายุ (age) ระดับการศึกษา (edu) ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก (time) และความสัมพันธ์กับเด็ก (rela1, rela2) (ตัวแปรต้นมี) 1.2 พฤติกรรมการป้องกันอาการชัก (behave) และ 1.3 ความมั่นใจในความสามารถของผู้ดูแล (etotal) 2) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 2.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก (ftotal) 2.2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (social) และ 2.3 รายได้ครอบครัว (income) และ 3) ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย 3.1 ความสะดวกและระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ได้แก่ ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาลที่รักษาประจำ (dist) และวิธีพาเด็กมาโรงพยาบาลเพื่อมาตรวจตามนัดหรือเด็กมีอาการชัก (meth) และ 3.2 การเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่ การมีบริการสอบถามปัญหาโรคเด็กของผู้ดูแล (serve) และระยะเวลารอคอยจากการรอตรวจรักษาจากแพทย์ของผู้ดูแล (wait) กับตัวแปรเกณฑ์ คือ จำนวนครั้งของการชักซ้ำของเด็ก (y) พบว่า มีตัวแปรคิดสรร จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก (ftotal) พฤติกรรมการป้องกันอาการชัก (behave) ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาลที่รักษาประจำ (dist) และระดับการศึกษา (edu) สามารถทำนายจำนวนครั้งของการชักซ้ำของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F\text{-test}=84.996$, $\text{sig}=0.001$) โดยมีค่าอิทธิพล (b) เท่ากับ 5.366, -1.675, 0.974, 0.530 และ -0.463 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($t=3.387$, -17.527, 2.779, 2.508, -2.168 และ $\text{sig}=0.002$, 0.000, 0.009, 0.017, 0.037) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ -0.912, 0.145, 0.130 และ -0.114 ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายการผันแปรจำนวนครั้งของการชักซ้ำของเด็กได้ร้อยละ 90.9 ($R^2=0.909$) และมีค่าความผันแปรที่ปรับแก้แล้วร้อยละ 89.8 (Adjusted $R^2=0.898$) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณทำนายจำนวนการชักซ้ำ

จำนวนการชักซ้ำ	b	SE	β	t-value	Sig	Tolerance	VIF
(Constant)	5.366	1.584		3.387	0.002		
การดูแลกิจวัตรประจำวัน (ftotal)	-1.675	0.096	-0.912	-17.527	0.000	0.987	1.013
พฤติกรรมการป้องกันอาการชัก (behave)	0.974	0.350	0.145	2.779	0.009	0.984	1.017
ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (dist)	0.530	0.211	0.130	2.508	0.017	0.993	1.007
ระดับการศึกษา (edu)	-0.463	0.214	-0.114	-2.168	0.037	0.973	1.028
R = 0.953, R ² = 0.909, Adjusted R ² = 0.898, F-test = 84.996, p < 0.5							

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแลที่มีผลต่อการชักซ้ำของเด็กเล็กโดยใช้แนวคิด PRECEDE Model^(4,5) ได้ปัจจัย 4 ตัวแปรเรียงลำดับ คือ 1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน (ftotal) 2) พฤติกรรมการป้องกันอาการชัก (behave) 3) ระดับการศึกษา (edu) และ 4) ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (dist) ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

จากการศึกษาพบว่า การดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก (b=-1.675) และระดับการศึกษาของผู้ดูแล (b=-0.463) มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการชักซ้ำในเด็กเล็ก โดยที่เด็กเล็กชอบใช้มือหยิบของหรือวัตถุใส่ปาก ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ช่องปากและทางเดินหายใจส่วนต้นได้ง่าย หากการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กไม่เหมาะสม ผู้ดูแลและเลยการดูแลความสะอาดของช่องปากเด็ก เด็กมีโอกาสติดเชื้อเฉียบพลันในช่องปากและระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ทำให้เด็กมีไข้และเกิดภาวะชักได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมิตรา อารีย์พัฒนานนท์ และคณิดา อิศระภักดีรัตน์ ที่พบว่า สาเหตุของไข้ชักที่พบบ่อยที่สุดในเด็กเล็ก คือ การติดเชื้อเฉียบพลันที่ผนังคอหอย (Acute pharyngitis) ทำให้มีอาการชักจากไข้สูง (Febrile convulsion) และมีโอกาสชักซ้ำ^(9,10)

ระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์การชักซ้ำนั้น กล่าวได้ว่า ระดับของการการศึกษามีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กที่เป็นโรคลมชัก ดังการศึกษาของ Paschal et al.⁽¹¹⁾ ผู้ปกครองที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ทำให้เด็กไม่ได้รับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ⁽¹²⁾ และอาจการผิดพลาดในการให้ยา⁽¹³⁾ ในการศึกษาอื่น กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 63.4) มีระดับการศึกษาค่อนข้างน้อย ทำให้ขาดความมั่นใจ และขาดทักษะในการดูแลเด็กเล็ก ส่งผลต่อการชักซ้ำในเด็กเล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อยนภา ไหมพรหม และวิภาวดี ลิ้มสวัสดิ์ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักเป็นโรคเฉพาะที่ยาก อาจทำให้ผู้ดูแลเด็กลมชักบางส่วน

ยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ถูกต้อง⁽¹⁴⁾ ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันอาการชักของผู้ดูแล

สำหรับพฤติกรรมป้องกันอาการชักของผู้ดูแล ($b=0.974$) และระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาล ($b=0.530$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะชักซ้ำในเด็กเล็ก พฤติกรรมป้องกันภาวะชักด้านการจัดการภาวะไข้ของเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลประเมินอาการไข้ของเด็กได้ช้า ผู้ดูแลบางรายไม่ใช้ปรอทวัดไข้และใช้ไม่เป็น ประเมินไข้เพียงใช้มือสัมผัสหน้าผากเด็ก สังเกตเด็กหน้าแดง อาจทำให้การประเมินภาวะไข้ผิดพลาดขาดความแม่นยำ จึงตัดสินใจช่วยเหลือจัดการภาวะไข้ของเด็กช้าเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลัยวัลลพ พนาสิกุล ที่พบว่าการจัดการไข้โดยการเช็ดตัวที่ไม่ถูกต้อง ใช้น้ำแข็งประคบ หรือจัดการภาวะไข้โดยการให้ยาลดไข้ช้าเกินไป ทำให้เด็กมีไข้สูงขึ้นจนเกิดภาวะชักซ้ำขึ้น⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้การศึกษาของ รสสุคนธ์ เจริญสัจสีริ กล่าวถึงการให้ยาลดไข้ไม่ครบรอบ ระยะเวลาการให้ยาลดไข้ห่างเกิน 4-6 ชั่วโมง อาจทำให้มีไข้สูงและชักซ้ำได้ และหากผู้ดูแลขาดความสามารถในการคำนวณขนาดของยาลดไข้ที่ถูกต้องตามน้ำหนักตัวของเด็กเล็กที่เพิ่มขึ้น ทำให้เด็กได้รับยาน้อยเกินไป ไม่เพียงพอสำหรับการควบคุมอาการไข้ จะทำให้เด็กเกิดภาวะชักซ้ำ⁽¹⁵⁾ ดังนั้นพฤติกรรมของผู้ดูแลในการประเมินภาวะไข้และช่วยเหลือเบื้องต้นมีความสำคัญต่อการป้องกันอาการชักซ้ำในเด็กเล็กมาก

อีกปัจจัยที่สำคัญ คือระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลทางไกล ไม่มีพาหนะและมีความล่าช้าในการนำส่งเด็กไปโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือการชักเบื้องต้น ทำให้เด็กมีภาวะชักซ้ำๆ เป็นปัจจัยที่พบได้ในพื้นที่ที่มีการคมนาคมไม่สะดวก เช่นเดียวกับพื้นที่ที่การจราจรหนาแน่น การนำเด็กป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า⁽¹⁶⁾ ควรเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยเฉพาะหากผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการช่วยเหลือการชักเบื้องต้น มีความล่าช้าในการนำเด็กไปโรงพยาบาล ยิ่งเป็นผลแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยที่มีภาวะชักซ้ำ⁽¹⁷⁾ สรุปผลการวิจัย ควรเสนอไปยังโรงพยาบาลให้มีการสอนหรือชี้แนะให้ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรมีระบบการกำกับติดตามและการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของเด็กในระยะต่อไป

สรุปผลการวิจัย

จำนวนครั้งของการชักซ้ำของเด็กเล็ก สามารถพยากรณ์ได้ด้วยปัจจัยการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กที่หากละเลย พฤติกรรมป้องกันอาการชัก ระยะทางจากบ้านมายังโรงพยาบาลที่รักษาประจำ มีระยะทางที่ไกล และระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่น้อย ซึ่งสามารถพยากรณ์ได้สูงถึงร้อยละ 90

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. จัดโปรแกรมการสอนผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ชัก ให้มีความรู้ ความเข้าใจและลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเด็กมีไข้ และไข้ชัก
2. ออกแบบการเฝ้าระวังการชักซ้ำ โดยกำกับติดตามเฝ้าระวังภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและควรประสานงานหน่วยงานที่เป็นกลไกระดับท้องถิ่นให้ช่วยเหลือดูแล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ออกแบบการวิจัยโดยใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน (mixed method) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนครอบคลุม
2. เพิ่มตัวอย่างวิจัยให้มากพอที่จะค้นหาปัจจัย และควรสำรวจข้อมูลในภูมิภาคส่วนต่างๆ ใช้สถิติขั้นสูงเพื่อขยายการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักวิจัยมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตผู้สนับสนุนทุนวิจัย ผศ.ดร. อศินีย์ ทองศิลป์ ช่วยกรุณาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และ ผศ.ดร. สุตประนอม สมันตเวคิน ผู้ให้คำปรึกษาการเขียนบทความ ในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง และท้ายที่สุดขอขอบคุณผู้ดูแลเด็กเล็กที่ป่วยเป็นโรคที่มีอาการชักซ้ำทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ตะวันรัตน์ สุกุลรุ่งจิรัส. ผลกระทบจากโรคลมชักในเด็ก: มิติการป้องกันและดูแลรักษา. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33(4):5-18.
2. จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์. ภาวะชักจากไข้ในเด็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559; 23(4): 1-20.
3. สมพันธ์ ทศนิยม. แนวทางในการป้องกันชักซ้ำจากไข้สูงในเด็กที่เคยเป็นไข้ชักมาก่อน ฉบับ 2010. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2553; 25(ฉบับพิเศษ): 3-6.
4. Green LW, Krueter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. 3rd ed. New York: McGraw Hill; 1999.
5. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. 2562. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย; 12(1):38-48.
6. Polit DF, Beck CT. Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. ณัฐนรี อนุกุลวรรณกะ, พิชราภรณ์ อารีย์, สุธิศา ล่ำมช้าง. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติป้องกันอาการชักในเด็กของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2560; 44(4):1-12.
8. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 7th ed. New York: Pearson; 2010.
9. สุมิศรา อารีย์วัฒนานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไข้ชักซ้ำในผู้ป่วยเด็กโรคไข้ชักครั้งแรกของโรงพยาบาลหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559; 13(3):119-28.

10. คณิตา อีสระภักดีรัตน์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะไข้ชักซ้ำหลังจากไข้ชักครั้งแรกในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2565; 19(2):155-67.
11. Paschal AM, Mitchell QP, Wilroy JD, Hawley SR, Mitchell JB. Parent health literacy and adherence-related outcomes in children with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2016 Mar;56:73-82. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.12.036.
12. Freedman RB, Jones SK, Lin A, Robin AL, Muir KW. Influence of parental health literacy and dosing responsibility on pediatric glaucoma medication adherence. *Arch Ophthalmol.* 2012 Mar;130(3):306-11. doi: 10.1001/archophthalmol.2011.1788.
13. Yin HS, Mendelsohn AL, Wolf MS, Parker RM, Fierman A, van Schaick L, et al. Parents' medication administration errors: role of dosing instruments and health literacy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010 Feb;164(2):181-6. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.269.
14. สร้อยนภา ไหมพรม, วิภาวดี ลีมีงสวัสดิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. 2563; 21(2): 269-82.
15. วิไลวัลย์ พนาธิกุล. ผลการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กชักจากไข้สูงโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2563; 3(2):44-55.
16. รสสุคนธ์ เจริญสัตย์ศิริ. พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ชักจากไข้สูง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2561; 35(1):40-6.
17. ธนัญญา เณรตาก้อง, ศรีมณา นิยมคำ, สุธิศา ล่ามช้าง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ. พยาบาลสาร. 2564; 48(3): 318-29.

การพัฒนาการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการของผู้ปกครองและครู อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

จตุพร ดวงเพชรแสง, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองทำให้เกิดความผิดปกติด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิ ซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น การดูแลร่วมกันของผู้ปกครองและครูสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง (Parent management training: PMT) ร่วมกับการอบรมครู (Teacher training: TL) เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึงกันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น 30 คนที่มีอายุ 6-12 ปี และครูโรงเรียนประถมศึกษา 70 คน โดยผู้ปกครองได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก และกลยุทธ์จัดการปัญหาพฤติกรรม ครูได้รับโปรแกรมการอบรมความรู้โรคสมาธิสั้น และกลยุทธ์การปรับพฤติกรรมเด็ก ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมประเมินจากการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น ความรู้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครู และอาการของเด็กโรคสมาธิสั้น

ผลการวิจัย: พบว่าโปรแกรม PMT ส่งเสริมให้ผู้ปกครองปฏิบัติตัวต่อเด็กโรคสมาธิสั้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรม TL ทำให้ครูมีความรู้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโปรแกรม PMT ร่วมกับ TL ลดอาการขาดสมาธิ ซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ของเด็กโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปอภิปรายผล: โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูมีประสิทธิผลต่อการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น จึงเสนอแนะให้นำมาใช้เป็นวิธีการหลักของการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น; การอบรมผู้ปกครอง; การอบรมครู; การปรับพฤติกรรมเด็ก

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

^a Corresponding author: จตุพร ดวงเพชรแสง E-mail: jatupornd9@gmail.com

รับบทความ: 3 พ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 5 ธ.ค. 66; ตอปรับตีพิมพ์: 5 ธ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 8 ม.ค. 67

Development of Integrated Care for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Parents and Teachers in Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province

Jatuporn Duangpetsang, M.D.*^a

Abstract

Background and Objective: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a heterogeneous neurodevelopmental disorder characterized by age-inappropriate and impairing patterns of inattention, hyperactivity and impulsivity. Integrated care among parents and teachers might reduce negative behaviors in children with ADHD. The objective of this study was to determine the effectiveness of a combination of parent management training (PMT) and teacher training (TL) on the symptoms of children with ADHD in Kaeng Khro district, Chaiyaphum province.

Methods: This quasi-experimental study employed a pre-test and post-test design conducted from July 2023 to September 2023. Participants in this study included 30 parents of children with ADHD (aged 6-12 years) and 70 primary school teachers. Parents of children with ADHD received a PMT program in which they were taught strategies for handling behavior problems. Teachers received a TL program that was developed to strengthen their knowledge about ADHD and develop strategies for addressing problem behaviors. Outcome measures included parenting practice, teachers' knowledge of ADHD, and symptoms of ADHD.

Results: The results showed that the PMT program significantly improved parenting practices, while the TL program significantly enhanced teachers' knowledge. The combination of PMT and TL significantly reduced symptoms of ADHD (inattention, hyperactivity, and impulsivity) among children with ADHD.

Conclusion: These finding support the recommended of offering PMT combined with TL as the preferred treatment for children with ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); Parental management training; Teacher's training; Children's behavioral modification

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

^a Corresponding author: Jatuporn Duangpetsang, Email: jatupornd9@gmail.com

Received: Nov. 3, 23; Revised: Dec. 5, 23; Accepted: Dec. 5, 23; Published Online: Jan. 8, 24

บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการอันเกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้มีปัญหาในการควบคุมตนเอง ทั้งอาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattention) โดยพฤติกรรมเหล่านี้มีมากกว่าพฤติกรรมปกติในเด็กวัยเดียวกัน⁽¹⁾ โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่ง โดยทั่วโลกมีความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 5.2 สำหรับประเทศไทย มีการสำรวจในระดับประเทศ พบความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 8.1 โดยพบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1⁽²⁾ ซึ่งการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีคือการรักษาแบบบูรณาการด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเลี้ยงดูซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและวิธีปฏิบัติต่อเด็กอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาเมื่อเด็กเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่⁽³⁾ เด็กโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวในการปรับพฤติกรรม ซึ่งการที่พ่อแม่ยอมรับจุดอ่อนของเด็กจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้⁽⁴⁾ นอกจากนี้การปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนโดยครูจะมีส่วนช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีสมาธิในการเรียนดีขึ้น มีความร่วมมือในการทำกิจกรรมและลดปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียน ซึ่งจะช่วยพัฒนาให้เด็กโรคสมาธิสั้นสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและปรับตัวในสังคมได้⁽⁵⁾

โรงพยาบาลแก้งคร้อเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีผู้ป่วยจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ได้แก่ สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก บกพร่องทางการเรียน และสมาธิสั้นจำนวนมาก ซึ่งต้องส่งต่อไปรักษากับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าถึงการรักษากับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นลำบาก เพราะผู้ปกครองต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางไปโรงพยาบาลชัยภูมิ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลแก้งคร้อจึงได้มีการจัดตั้งคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้นขึ้นมา ซึ่งมีกุมารแพทย์ของโรงพยาบาลแก้งคร้อเป็นผู้ตรวจรักษา โดยมีเครือข่ายจากโรงพยาบาลชัยภูมิคอยเป็นที่ปรึกษาในการให้คำปรึกษา และวางแผนแนวทางในการส่งต่อรักษาภายในเครือข่ายของจังหวัดชัยภูมิ แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลชัยภูมิได้ย้ายไปปฏิบัติงานที่จังหวัดอื่น ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่แล้วต้องย้ายกลับมารักษากับกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลแก้งคร้อ ซึ่งตั้งแต่มีการเปิดคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลแก้งคร้อขึ้นมา ร่วมกับการออกคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในโรงเรียน การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับครูในโรงเรียนต่างๆ เพื่อค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงจากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง SNAP-IV และส่งต่อเด็กที่สงสัยโรคสมาธิสั้นมาให้กุมารแพทย์ทำการวินิจฉัย ทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในอำเภอแก้งคร้อได้เร็วขึ้น โดยกุมารแพทย์จะเป็นผู้ให้การตรวจรักษาเป็นหลัก และมีพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาคอยให้ความรู้แก่ผู้ปกครองของเด็กทั้งเรื่องการกินยา การส่งเสริมพลังอำนาจให้ผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กควบคู่กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอ มีระบบเครือข่ายในการปรึกษาและส่งต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ แต่อย่างไรก็ตาม ผลจากการดำเนินงานยังพบว่า อัตราการกินยาอย่างสม่ำเสมอของเด็กโรคสมาธิสั้นมีเพียงร้อยละ 50.0

เท่านั้น และยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดิิดดูการ์ตูน และเล่นเกมส่ทางโทรศัพท์มือถือ สื่อไปถึงว่า พฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นเวลาอยู่ที่บ้านยังไม่เหมาะสม และพบว่าพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น ที่โรงเรียนยังซุกซน วอกแวกง่าย ไม่อยู่นิ่ง ไม่ตั้งใจเรียน ส่งผลให้อาการของโรคยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร ซึ่งบ่งชี้ ว่าแนวทางการดูแลรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นแบบเดิมยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นกุมารแพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลแก้งคร้อ จึงได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่างๆ ซึ่งได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการของผู้ปกครองและครูในอำเภอ แก้งคร้อ ซึ่งรูปแบบในการดำเนินงานนี้ จะมีการบูรณาการให้เด็กโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษา โดยบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลปรับพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนควบคู่กันไป โดยเนื้อหา ของหลักสูตรจะมีการจัดโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่บ้าน และการจัดโปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน เพื่อส่งเสริมศักยภาพ ของผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งที่บ้านและโรงเรียนไปพร้อมๆ กัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก โรคสมาธิสั้นในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ปกครอง และครูที่ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น มีรายละเอียดดังนี้ 1) ผู้ปกครองของเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี และยังมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ขาดสมาธิ และซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ที่มารับบริการในคลินิก เด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลแก้งคร้อ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคสมาธิสั้น สามารถเขียน อ่าน สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีความบกพร่องทางการมองเห็น การฟัง หรือมีความบกพร่องทางด้านความจำ และสติปัญญา และเกณฑ์การถอนตัว คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่โปรแกรมกำหนด 2) ครู ซึ่งเป็นครู ประจำชั้นหรือครูแกนนำในโรงเรียนซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลและจัดการเรียนการสอนเด็กโรคสมาธิสั้น ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ 54 แห่ง จำนวน 64 คน และเอกชน 3 แห่ง จำนวน 6 คน ในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการให้เป็นตัวแทนของโรงเรียนในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การกำหนดขนาดและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยเลือก Test family: t-test, Statistical test: mean, Difference between two dependent means (Matched pairs) กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว ค่าเชื่อมั่นร้อยละ 95 อำนาจทดสอบร้อยละ 80

ซึ่งผลจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา⁽⁶⁾ นำมาคำนวณค่า Effect size เท่ากับ 0.69 เมื่อแทนค่าในโปรแกรม ทำให้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 25 ราย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ปกครองของเด็กโรคสมาธิสั้นที่ยังมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของงานวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย สำหรับกลุ่มตัวอย่างครูที่ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างครูทั้งหมด 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1.1 โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent management training) ของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ⁽⁷⁾ โดยผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบของการจัดกิจกรรมในโปรแกรมดังกล่าว นำมาสร้างรูปแบบกิจกรรมการอบรมผู้ปกครองในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ติดต่อกัน และในแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้ตามใบงาน มีการฝึกปฏิบัติ หลักสูตรการอบรมประกอบด้วยกิจกรรม คือ 1) ให้ความรู้เรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก ฝึกปฏิบัติวิเคราะห์พื้นฐานอารมณ์จิตใจของผู้อบรม 2) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคในการสื่อสาร (Basic communication skill) 3) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการชม (Praise) 4) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการให้รางวัล (Reward) 5) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการลงโทษ (Punishment) 6) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการใช้ระบบคะแนน (Point system) การใช้เหรียญรางวัล (Token economy) และการใช้เบี้ยอรรถกร 7) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน และ 1.2 โปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น โดยดัดแปลงเนื้อหาจากโปรแกรมการอบรมครูโรงเรียนแกนนำประถมศึกษาในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็ก และส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กโรคสมาธิสั้นของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์⁽⁸⁾ ซึ่งหลักสูตรของโปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็ก 2) การรักษาด้วยยาในเด็กโรคสมาธิสั้นและการติดตามการตอบสนองต่อยา 3) เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน และ 4) การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 1.2 แบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็ก (Parenting practice test) ฉบับภาษาไทยซึ่งพัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ⁽⁷⁾ เป็นแบบประเมินที่ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามสอดคล้องกับกิจกรรมในโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก เช่น การสื่อสาร การให้คำชม การทำโทษอย่างเหมาะสม ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) 3 ระดับ คือ (ไม่เคย=1, บางครั้ง=2, บ่อยครั้ง=3) ซึ่งจะนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 20-60 คะแนน และเกณฑ์การแปลความหมาย คือคะแนนที่เพิ่มขึ้นจะหมายถึงพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้นนั้นมีความเหมาะสมมากขึ้น 1.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับครู ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบประเมินนี้ขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร ทางวิชาการ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งครอบคลุมเนื้อหา 3 ด้าน แต่ละด้านมีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อจะสอดคล้องกับเนื้อหาในกิจกรรมของโปรแกรมการอบรมครู เพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก คำถามแต่ละด้านประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครู ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 2) ยาและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็กสมาธิสั้น และ 3) การจัดการ ชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดจากตัวเลือก ก., ข., ค., ง. และ จ. เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งผู้วิจัย นำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งแต่ละด้านจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน และเกณฑ์การแปลความหมาย คือ คะแนนที่เพิ่มขึ้นจะหมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครูมีมากขึ้น 1.4 แบบประเมิน พฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1992 โดย Swanson, Nolan & Pelham เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและโรคต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) ซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านขาดสมาธิ จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านดื้อ/ต่อต้าน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ (ไม่เคย=0, เล็กน้อย=1, ค่อนข้างมาก=2, มาก=3) โดยให้รวมคะแนนของแต่ละด้าน เปรียบเทียบกับคะแนนมาตรฐาน หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนมาตรฐานให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหา พฤติกรรมในด้านนั้นๆ ซึ่งคะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครอง (ด้านขาดสมาธิ=16, ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหัน พลันแล่น=13, ด้านดื้อ/ต่อต้าน=15) และคะแนนมาตรฐานสำหรับครู (ด้านขาดสมาธิ=23, ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น=16, ด้านดื้อ/ต่อต้าน=11)

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยประสานงานเพื่อขออนุญาตกับผู้อำนวยการ โรงเรียนประถมศึกษาต่างๆ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อทำการวิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมครั้งนี้ ได้โดย 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลัง การทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test (ข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ) 2) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครู ระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test 3) เปรียบเทียบสัดส่วนของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (ขาดสมาธิ และซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหัน

พลันเล่น) ของเด็กโรคสมาธิสั้นซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองและครู ระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Binomial exact probability test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง: การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 16/2566 เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ผู้เข้าร่วม การวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย การยอมรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จะเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วม การศึกษาวิจัย ภายหลังทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว
3. ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถาม ใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทุกอย่าง จะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และทำลายทิ้งภายใน ระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและครู

กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 43.13 ปี โดยมีอายุ อยู่ระหว่าง 26-61 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.34 อาชีพเกษตรกร/รับจ้าง ร้อยละ 76.67 ความเกี่ยวข้องกับเด็กโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นปู่/ย่า/ตา/ยาย ร้อยละ 56.67 รองลงมา คือ มารดา ร้อยละ 36.67 ตามลำดับ ข้อมูลจากผู้ปกครองพบว่า เด็กโรคสมาธิสั้นที่ต้องดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 6-12 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 7.90 ปี อยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ อนุบาล 3 ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ มีโรคร่วม คือ โรคติดต่อต้าน ร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มตัวอย่างครู ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.71 อายุเฉลี่ย 38.97 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 24-53 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 97.14 ปฏิบัติงานอยู่โรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ ร้อยละ 85.71 ชั้นเรียนที่สอนอยู่ในชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1 ร้อยละ 28.57 รองลงมา คือ ชั้นอนุบาล 3 ร้อยละ 21.43 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมิน Parenting practice test ฉบับภาษาไทย ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองมีคะแนน การปฏิบัติตัวต่อเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็ก ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น (n=30)

	คะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น		z	p
	Median	IQR (Q1, Q3)		
ก่อนได้รับโปรแกรม	49.50	6.00 (46.25, 52.25)	-4.799	<0.001*
หลังได้รับโปรแกรม	55.50	5.25 (52.00, 57.25)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.05$

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครู ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ทั้ง 3 ด้าน โดยผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าครูมีคะแนนเฉลี่ยเรื่องโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองเท่ากับ 0.76 (SD=0.87) หลังการทดลองเท่ากับ 3.99 (SD=0.64); $t=31.014$; $p<0.001$ ความรู้เรื่องยาและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองเท่ากับ 0.40 (SD=0.49) หลังการทดลองเท่ากับ 4.23 (SD=0.40); $t=36.919$; $p\text{-value}<0.001$ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็ก โดยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.13 (SD=0.79) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.20 (SD=0.62); $t=21.546$; $p<0.001$ ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างครูมีคะแนนความรู้ทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครู ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น (n=70)

ความรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	t	p
	Mean (SD)	Mean (SD)		
โรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	0.76 (0.87)	3.99 (0.64)	31.014	<0.001*
ยาและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็กสมาธิสั้น	0.40 (0.49)	4.23 (0.70)	36.919	<0.001*
การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น	2.13 (0.79)	4.20 (0.62)	21.546	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.05$

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ก่อนได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง เด็กสมาธิสั้น มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิลดลง จากร้อยละ 83.33 เป็น ร้อยละ 33.33 และพฤติกรรมด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นลดลง จากร้อยละ 76.67 เป็นร้อยละ 43.33 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ก่อนได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู เด็กสมาธิสั้น มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิลดลง จากร้อยละ 56.67 เป็นร้อยละ 26.67 และพฤติกรรมด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดลง จากร้อยละ 80.00 เป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คือ ขาดสมาธิ และนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ($n = 70$)

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ประเมินโดยผู้ปกครอง			
ด้านขาดสมาธิ			
มี (≥16 คะแนน)	25 (83.33)	10 (33.33)	<0.001*
ไม่มี (<16 คะแนน)	5 (16.67)	20 (66.67)	
ด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น			
มี (≥13 คะแนน)	23 (76.67)	13 (43.33)	0.002*
ไม่มี (<13 คะแนน)	7 (23.33)	17 (56.67)	
ประเมินโดยครู			
ด้านขาดสมาธิ			
มี (≥23 คะแนน)	17 (56.67)	8 (26.67)	0.004*
ไม่มี (<23 คะแนน)	13 (43.33)	22 (73.33)	
ด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น			
มี (≥16 คะแนน)	24 (80.00)	15 (50.00)	0.004*
ไม่มี (<16 คะแนน)	6 (20.00)	15 (50.00)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

สรุปและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้บูรณาการให้เด็กโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลปรับพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนควบคู่กันไป โดยเนื้อหาของหลักสูตรจะมีการจัดโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่บ้าน และการจัดโปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่บ้านและโรงเรียนไปพร้อมๆ กัน หลังการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าผู้ปกครองมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อเด็กโรคสมาธิสั้นดีขึ้น ครูมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น และเด็กโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมขาดสมาธิ และนอนไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ สมัย ศิริทองถาวร และคณะ⁽⁸⁾ และ Pfiffner et al.⁽⁹⁾ ซึ่งพบว่าโปรแกรมอบรมผู้ปกครองร่วมกับโปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนไปพร้อมๆ กัน มีประสิทธิผลทำให้ผู้ปกครองและครูมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวต่อเด็กดีขึ้น ส่งผลให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง การศึกษานี้บ่งชี้ว่าโปรแกรมการอบรมครั้งนี้มีประสิทธิผลทำให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองและครูทั้งหมดในการศึกษานี้ ไม่เคยมีประสบการณ์ของการอบรมเรื่องการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมาก่อน ทำให้ก่อนการอบรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน จะเคยศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นจากการอ่านข้อความในอินเทอร์เน็ต หรือเคยได้รับข่าวสารและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อนแล้ว แต่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่เคยมีนั้น อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นให้เหมาะสม ทำให้พบว่า อัตราการกินยาของเด็กโรคสมาธิสั้นยังไม่สม่ำเสมอ และยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดุด่าการดูการ์ตูน เล่นเกมสทางโทรศัพท์มือถือ พฤติกรรมในโรงเรียนที่ยังซุกซนวอกแวกง่าย ไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ปกครองและครูในการศึกษานี้ ได้รับการส่งเสริมศักยภาพของตนเองจากการอบรมในครั้งนี้ ทำให้หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นดีขึ้น โดยโปรแกรมอบรมนี้จะส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ปกครองผ่านการเรียนรู้ 7 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคในการสื่อสารเชิงบวก การฝึกปฏิบัติเรื่องการชม การฝึกปฏิบัติเรื่องการให้รางวัล การฝึกปฏิบัติเรื่องการลงโทษ การฝึกปฏิบัติการใช้ระบบคะแนนร่วมกับการให้เหรียญรางวัล การฝึกปฏิบัติประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน และโปรแกรมอบรมนี้จะส่งเสริมความรู้และทักษะของครูผ่านการเรียนรู้ 4 กิจกรรม คือ การให้ความรู้โรคสมาธิสั้น/บทบาทของครูในการดูแลเด็ก การรักษาด้วยยาและติดตามการตอบสนองต่อยา การเรียนรู้เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน และการจัดชั้นเรียน/เทคนิคการสอนเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน ซึ่งผลของโปรแกรมอบรมดังกล่าว ได้ส่งเสริมผู้ปกครองและครูให้ดูแลเอาใจใส่เด็กโรคสมาธิสั้นมากขึ้น ส่งผลให้เด็กโรคสมาธิสั้นรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้น พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่บ้านลดลง

พฤติกรรมในห้องเรียนดีขึ้น สมาชิกในการเรียนมีมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งจากที่ได้กล่าวมาทั้งหมด ทำให้สรุปผลลัพธ์ของการวิจัยได้ว่า โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูของอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีประสิทธิภาพต่อการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น และควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้อบรมผู้ปกครองและครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาอื่นๆ ได้ด้วย เช่น บกพร่องทางการเรียน โรคติดต่อต้าน แต่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับเด็กที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา หรือ ออทิสซึม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองและครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในระดับการศึกษาอื่นๆ ด้วย เช่น มัธยมศึกษา เป็นต้น

2) ควรพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองและครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในรูปแบบของหลักสูตรทั้งแบบ Online และ Onsite เพื่อให้ผู้ปกครองและครูสามารถเข้าถึงกิจกรรมการฝึกอบรมได้สะดวกขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพัฒนาการเด็กราชครินทร์. คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2560.
2. อนุญา สินรัชตานันท์, อีราธัน เทนชา, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4 โรคหลัก (สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียน) สำหรับเครือข่ายบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
3. สุพร อภินันทเวช. การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาและจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. เวชบัณฑิตยสาร; 2559; 9(30):175-81.
4. ธนิดา ทีปะปาล, ปภาสินี แซ่ติ้ว, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ธัญวดี นาคมิตร, ณัฐนันท์ คำไธ. โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565; 5(2):28-41.
5. สมัย ศิริทองถาวร, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, นุจรี คำด้วง, ภิญโญ อีสรวงศ์, สุรริักษ์ พิลลา, พัทธนิ พัฒนกิจโกศล และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเด็กราชครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2560.

6. วราภรณ์ ชุมภูสีบ. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลลำปาง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
7. ชาญวิทย์ พรนภดล, วัจนินท์ โรหิตสุข, มะลิรัมย์ หัสตินรัตน์, นิรมล ยสินทร. คู่มือวิทยากรการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก [เอกสารอัดสำเนา]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2549.
8. สมัย ศิริทองถาวร, ภิญโญ อีสรพงศ์, เพ็ญภาณูจน์ กาญจนรัตน์, วรรณกมล สอนสิงห์, นุจรี คำด้วง, สุรริักษ์ พิลลา, และคณะ. หลักสูตรอบรมสำหรับครูโรงเรียนแกนนำร่วมประถมศึกษาในการดูแลปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ปีที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2560.
9. Pfiffner LJ, Villodas M, Kaiser N, Rooney M, McBurnett K. Educational outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD. Sch Psychol Q. 2013 Mar;28(1):25-36. doi: 10.1037/spq0000016.

การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

ชลีรัตน์ สารรัตน์*, ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง การดำเนินงานแบ่งออกเป็น ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การให้บริการในสตรีที่มีรายงานผลการตรวจว่า การเก็บไม่สมบูรณ์ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน และสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ จำนวน 10 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการให้ความรู้ และใช้แบบวัดความรู้ เจตคติ และความตั้งใจในการมารับบริการฯ มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ตามทฤษฎีการรับรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึง เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-60 ปี จำนวน 368 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ด้านรายละเอียดโปรแกรมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.61) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.83 ด้านเจตคติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.19) และด้านความตั้งใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.13 ผลการตรวจที่รายงานว่าการเก็บไม่สมบูรณ์ก่อนใช้โปรแกรม ร้อยละ 23.26 หลังจากใช้โปรแกรมฯ เหลือ ร้อยละ 0.0382

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้; เจตคติ; ความตั้งใจรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก; การตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง; ไวรัส HPV

* รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

^a Corresponding author: ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ Email: sarant@udru.ac.th

รับบทความ: 9 พ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 9 ธ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 10 ธ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 9 ม.ค. 67

Developing of Educational Program and Cervical Cancer Screening by Testing for the HPV Virus by Means of Collecting Specimens Manually of Women at Risk in Udon Thani Cancer Hospital

Chureerat Sararat^{*}, Saranya T.Tienprasert^{**a}

Abstract

This research aimed to develop an educational program regarding the use of HPV virus testing for cervical cancer screening through the self-collection from at-risk women. The investigation of the service situation for women whose examination results were reported as incomplete constitutes Phase 1. By conducting in-depth interviews with twelve individuals and group discussions with ten professional nurses who provided guidance. In Phase 2, the knowledge program was devised. Phase 3: Evaluate the program's appropriateness and measure participants' knowledge, attitudes, and willingness to accept services via a form. Becker's cognitive theory and health belief model served as the foundation for the development of an educational program. Data were collected between January and April 2023. Three hundred and sixty-eight at-risk women made up the sample. Descriptive statistics, such as frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze the data.

The study's revealed that cervical cancer screening programs test for HPV virus by gathering specimens on your own are effective, the program were presented in a comprehensive manner ($\bar{X}$ =3.61). The degree of knowledge on cervical cancer was high (47.83 percent), attitude ($\bar{X}$ =4.19), and intention (64.13 percent). According to the inspection findings, the collection was deemed incomplete prior to implementing the program, with a subsequent increase to 23.26% following its implementation, utilize the residual program at a rate of 0.0382 percent.

Keywords: Education program; Attitude; Intention to cervical Cancer screening; Self-collection method; HPV virus

^{*} Deputy Director of Nursing, Udon Thani Cancer Hospital

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

^a Corresponding Author: Saranya T.Tienprasert E-mail: sarant@udru.ac.th

Received: Nov. 9, 23; Revised: Dec. 9, 23; Accepted: Dec. 10, 23; Published Online: Jan. 9, 24

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมากเป็นอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยรายใหม่ 604,000 ราย เสียชีวิต 342,000 ราย และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยรายใหม่ และเสียชีวิตอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและเศรษฐกิจต่ำ⁽¹⁾ สอดคล้องกับสถิติของประเทศที่พบว่า มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม ในปี 2560 มีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือ 5,422 รายต่อปี เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 6 ราย หรือ 2,238 รายต่อปี โดยคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 ราย เสียชีวิต 7,871 ราย⁽²⁾ สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก มีสาเหตุหลักมาจากเชื้อไวรัสชนิด Human Papilloma Virus (HPV) จากการมีเพศสัมพันธ์ สตรีกว่า ร้อยละ 50-80 เคยติดเชื้อนี้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต แต่ร้อยละ 90 ของการติดเชื้อนั้นร่างกายสามารถ กำจัดเองได้ด้วยระบบภูมิคุ้มกัน มีเพียงส่วนน้อยคือประมาณร้อยละ 10 จะกลายเป็นการติดเชื้อแบบฝังแน่น ต่อไป ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเซลล์บริเวณปากมดลูกไปเป็นมะเร็งในที่สุด ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เริ่มติดเชื้อ HPV จนกระทั่งเป็นมะเร็งจะใช้เวลานานประมาณ 5 -10 ปี เกิดเป็นความผิดปกติในระยะ ก่อนเป็นมะเร็ง ในระยะนี้จะไม่มีอาการจนกว่าจะกลายเป็นมะเร็งลุกลาม และจะทราบว่ายู่ในระยะที่ มีความผิดปกติก่อนเป็นมะเร็งได้ก็ต่อเมื่อไปตรวจคัดกรองเท่านั้น ดังนั้นหากตรวจพบก่อนจะสามารถรักษา ได้ง่าย มีโอกาสหายจากโรค และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเมื่อเป็นโรคแล้ว

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญมากเนื่องจากการตรวจหาความผิดปกติ ของเซลล์ปากมดลูกและรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกก่อนการเกิดมะเร็งปากมดลูก (Precancerous) หรือระยะก่อนลุกลาม (Preinvasive) ซึ่งก็คือการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก (Cervical cytology) หรือ Pap smear^(3,4) ผลการตรวจแม่นยำมีความไวสูงถึงร้อยละ 86.8 และความจำเพาะสูงร้อยละ 95⁽⁴⁾ แต่แม้จะเป็นเป็นวิธีที่ใช้มายาวเป็นที่ยอมรับและมีประสิทธิภาพ แต่มีข้อจำกัดคือผู้หญิงมักจะปฏิเสธการตรวจ เนื่องจากผู้หญิงส่วนใหญ่มักจะเขินอาย กลัวหมอ กลัวเจ็บที่ต้องไปพบแพทย์และขึ้นขาหยั่ง และมีบางส่วน ไม่ไปตรวจเพราะไม่มีเวลาเนื่องจากอาชีพการงานที่เร่งรีบ จึงพลาดโอกาสในการตรวจคัดกรอง อย่างน่าเสียดาย ปัจจุบันการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองซึ่งเป็นนวัตกรรม ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV โดยสตรีผู้ตรวจจะใช้อุปกรณ์ สำหรับเก็บตัวอย่างซึ่งมีหลายแบบที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับ ได้แก่ แปรงเก็บตัวอย่าง ที่ออกแบบมาพิเศษสำหรับเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเองที่บ้าน หรืออุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่อาศัย ของเหลวร่วมด้วยในการเก็บแล้วส่งไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ที่ให้บริการตรวจ ซึ่งจะทราบผลตรวจ ภายใน 7-10 วัน

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลมะเร็งในส่วนภูมิภาคจากจำนวน 7 แห่ง และมีสถาบัน มะเร็งแห่งชาติ รวมเรียกเครื่องมือมะเร็ง 7+1 ได้ดำเนินงานตามโครงการของขวัญปีใหม่ด้วยการนำวิธี

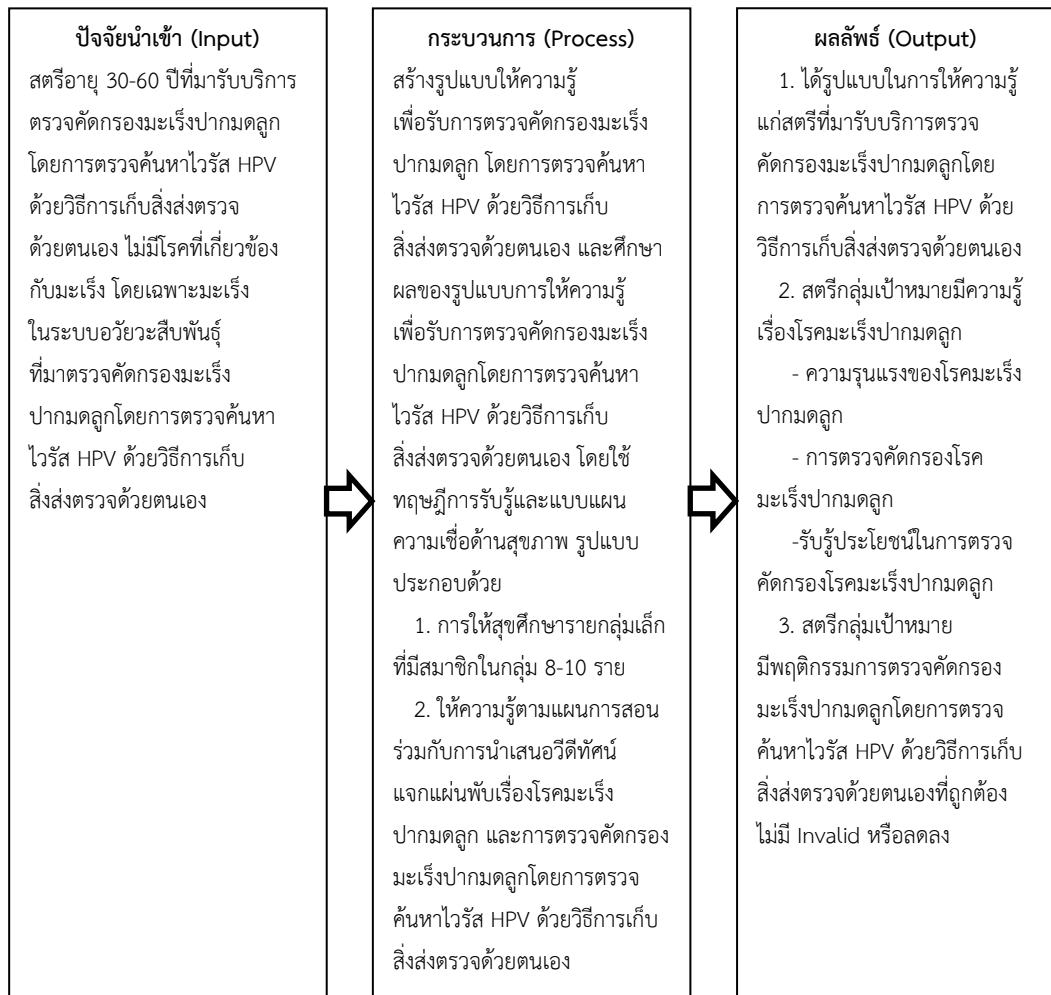
การตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ด้วยการใช้ชุดเก็บตัวอย่างด้วยตนเองไปให้บริการในสตรีกลุ่มเป้าหมาย เพื่อวางแผนจะให้มีการนำวิธีการตรวจนี้มาใช้ให้แพร่หลายและเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น อันจะเป็นการลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก จากการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานเบื้องต้นของ ชูลีรัตน์ สารรัตน์⁽⁵⁾ หลังจากนำไปให้กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล อสม. ประชาชนทั่วไป และตรวจต่อเนื่องในโครงการสนับสนุนหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ กรมการแพทย์ จำนวน 331 ราย ผลการวิเคราะห์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองรายงานค่าไม่สมบูรณ์ (Invalid) จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.26 ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เก็บสิ่งส่งตรวจไม่สมบูรณ์อาจเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจ เช่น การสอดอุปกรณ์ตรวจเข้าช่องคลอดไม่ลึกพอ การหมุนอุปกรณ์ให้สัมผัสกับผนังช่องคลอดไม่ทั่วถึง การสอดใส่อุปกรณ์ผิดช่องทาง หรือมีการสวนล้างช่องคลอดก่อนเก็บ เป็นต้น⁽⁶⁾

ดังนั้นงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้เพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง การรับรู้อย่างมีแบบแผนส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ซึ่งจะมีประโยชน์ในการตอบสนองนโยบายระดับประเทศในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมมากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง เกิดความคุ้มค่าของประเทศไทย สามารถใช้กับทุกหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรูปแบบนี้ทั่วทุกโรงพยาบาลในประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ของสตรีกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & development) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ดำเนินการทั้งหมด 3 ระยะ ประกอบด้วย ศึกษาสถานการณ์พัฒนาโปรแกรม และศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โดย 1) การทำการประชุมกลุ่ม โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้บริการตรวจกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ในสตรีอายุ 30-60 ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 จำนวน 10 คน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง ในเดือนธันวาคม 2565 ตามโครงการตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูกเนื่องในวันมะเร็งโลก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่มีผลการตรวจที่รายงานว่าการเก็บไม่สมบูรณ์จำนวน 77 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรหลักร้อยละ 15-30⁽⁷⁾ ดังนั้นร้อยละ 15 จากประชากรทั้งหมด คือจำนวน 12 คน ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในการปฏิบัติจริงขณะทำการเก็บสิ่งส่งตรวจ

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองในสตรีอายุ 30-60 โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยการทบทวนวรรณกรรม และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ในเดือนมกราคม 2566

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองในสตรีอายุ 30-60 โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2566 ตามแผนการให้ตรวจนําร่องซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ประชากรจำนวน 7,000 คน จากตารางเชื้อและมอร์แกน⁽⁷⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 ราย ประเมิน 1) ความเหมาะสมของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้แบบสอบถาม 2) ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกฯ โดยใช้แบบสอบถาม และ 3) ติดตามรายงานผลการตรวจที่รายงานว่าการเก็บไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการสร้างเครื่องมือผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วันที่ สถานที่ เวลา สมาชิกประกอบด้วยผู้นำกลุ่ม ผู้จัดบันทึก
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการปฏิบัติจริงเมื่อเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย วันที่ตรวจ การปฏิบัติตัวก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ การปฏิบัติตัวเมื่อทราบผลการตรวจ
3. แบบสอบถามความเหมาะสมโปรแกรมการให้ความรู้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale)⁽⁷⁾ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เหมาะสมมากที่สุดเท่ากับ 5 เหมาะสมมากเท่ากับ 4 เหมาะสมปานกลางเท่ากับ 3 เหมาะสมน้อยเท่ากับ 2 เหมาะสมน้อยที่สุดเท่ากับ 1 การแปลผลระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 (ร้อยละ 10.0%-36.0%) เหมาะสมในระดับน้อยที่สุด 2) ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 (ร้อยละ 36.1%-52.0%) เหมาะสมในระดับน้อย 3) ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 (ร้อยละ 52.1%-68.0%) เหมาะสมในระดับปานกลาง 4) ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20

(ร้อยละ 68.1%-84.0%) เหมาะสมในระดับมาก และ 5) ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 (ร้อยละ 84.1%-100%) เหมาะสมในระดับมากที่สุด

4. แบบสอบถามความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองในสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 22 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้ ใช้การจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom) แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-70 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึงระดับสูง 3) แบบสอบถามเจตคติต่อการมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นจากการทบทวนขั้นตอนและกระบวนการทำงานในหน่วยงาน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกการปฏิบัติจริงเมื่อเก็บสิ่งส่งตรวจ สร้างขึ้น เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) มีดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความเหมาะสมโปรแกรมฯ ตรวจสอบเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า CVI=1.00 โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.984 แบบสอบถามความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเที่ยง CVI=1.00 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ Kuder-Richarson 20 (KR 20)⁽⁸⁾=0.811 แบบสอบถามเจตคติต่อการมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.789 ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.983

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพมีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ใน มนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี หมายเลขหนังสือรับรอง UDCH_COA 011/2022 ดำเนินการ ศึกษาวิจัยโดยยึดหลักความปลอดภัยและลดโอกาสการเกิดความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือการขอยุติ

การวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47.98 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี เป็นร้อยละ 45.11 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 38.32 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.88 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง $\leq 10,000$ บาท ร้อยละ 52.45 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.26 มีประวัติเคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 91.03 จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์คือ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 77.91 จำนวนครั้งที่คลอดคือ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 78.21 ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 86.87 บุตรยังมีชีวิตอยู่ 2-3 คน ร้อยละ 80.00 ไม่มีบุตรที่เสียชีวิตหลังคลอด ร้อยละ 92.54 มีการคุมกำเนิดโดยการทำหมันหญิง ร้อยละ 55.17 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 90.22 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 8.15 ไม่เคยเกิดอาการผิดปกติ ร้อยละ 65.22 และเคยเกิดอาการผิดปกติ ร้อยละ 34.78 อาการส่วนใหญ่ที่เคยเกิดในกลุ่มตัวอย่างคือ ตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 95.31 รองลงมาคือมีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ (ที่ไม่ใช่ประจำเดือน) ร้อยละ 19.53

2. ความรู้ภายหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บส่งตรวจด้วยตนเอง จำแนกตามรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ย 16.57 คะแนน มีช่วงคะแนนระหว่าง 6-21 เมื่อจำแนกรายข้อการมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกข้อที่ตอบถูกมากที่สุดในการสอบถาม คือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการวินิจฉัยมะเร็งระยะเริ่มแรก คิดเป็นร้อยละ 93.75 รองลงมาคือการติดเชื้อไวรัส HPV เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 89.67 และข้อที่มีความรู้น้อยที่สุดคือ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง คิดเป็นร้อยละ 62.23 จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.83 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.51 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 17.66 ผลการตรวจที่รายงานการเก็บไม่สมบูรณ์ ก่อนใช้โปรแกรม ร้อยละ 23.26 และหลังจากใช้โปรแกรมการให้ความรู้ลดลงเหลือ ร้อยละ 0.0382 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (ร้อยละคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 80)	176	47.83
ปานกลาง (ร้อยละคะแนนตั้งแต่ 60 แต่น้อยกว่าร้อยละ 80)	127	34.51
ต่ำ (ร้อยละคะแนนน้อยกว่า 60)	65	17.66

3. เจตคติต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง พบว่ามีเจตคติต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19) โดยข้อคำถามที่มีเจตคติต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์อย่างมากต่อสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33) ส่วนข้อคำถามที่มีเจตคติต่ำสุดคือการกลัวว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีผลกระทบต่อช่องคลอด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เจตคติต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เจตคติต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก	$\bar{x}$	SD	ระดับเจตคติ
1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์อย่างมากต่อสุขภาพ	4.33	0.47	มากที่สุด
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปีจะช่วยให้ค้นพบมะเร็งระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	4.25	0.48	มากที่สุด
3. ท่านกลัวว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีผลกระทบต่อช่องคลอด	4.04	0.70	มาก
4. ท่านรู้สึกกังวลต่อผลการตรวจถ้ามารับการตรวจคัดกรอง	4.16	0.60	มาก
5. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะต้องตรวจก็ต่อเมื่อมีเลือดออกหรือมีตกขาวมาก	4.05	0.73	มาก
6. การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับแพทย์หรือพยาบาลที่เป็นผู้ชายทำให้รู้สึกอึดอัดและไม่กล้าไปตรวจ	4.21	0.57	มากที่สุด
7. ท่านเชื่อว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ชีวิตยืนยาวได้	4.20	0.53	มาก
8. ท่านรู้สึกยินดีเมื่อทราบว่ามียุทธวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง	4.27	0.45	มากที่สุด
9. แม้ว่าสุขภาพจะสมบูรณ์แข็งแรงก็ควรไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.28	0.46	มากที่สุด
10. ท่านคิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยากที่จะหาเวลาไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.16	0.58	มาก
ภาพรวม	4.19	0.46	มาก

4. ความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกค่าเฉลี่ย 23.29 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ระดับความตั้งใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก (21 – 30 คะแนน)	236	64.13
ปานกลาง (11 – 20 คะแนน)	130	35.33
น้อยที่สุด (0 – 10 คะแนน)	2	0.54

$\bar{X}$ =23.29, SD=4.29, Min : Max = 0 : 30

5. ความเหมาะสมโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61) โดยข้อคำถามที่มีระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือโปรแกรมช่วยให้ผู้รับบริการตรวจเข้าใจถึงการดูแลหรือการปฏิบัติหลังทราบผลการตรวจพบไวรัสได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90) ส่วนข้อที่มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดคือ โปรแกรมทำให้ลดโอกาสการเก็บสิ่งส่งตรวจคาดเคลื่อนได้ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความเหมาะสมของโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รายละเอียดโปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น
1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ	3.60	0.97	เหมาะสมมาก
2. ประเมินความรู้ด้านมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรอง	3.60	0.97	เหมาะสมมาก
ด้านเนื้อหา			
1. การอธิบายรายละเอียดวิธีการปฏิบัติมีลำดับขั้นตอนของเนื้อหาชัดเจน	3.80	0.63	เหมาะสมมาก
2. ครอบคลุมสาระที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินการจัดบริการผู้ป่วย	3.60	0.70	เหมาะสมมาก
3. การจัดเรียงลำดับเนื้อหาเข้าใจง่าย	3.60	0.52	เหมาะสมมาก
4. การใช้สื่อประกอบเหมาะสม	3.70	0.67	เหมาะสมมาก
5. การเปิดโอกาสให้ซักถาม	3.80	0.63	เหมาะสมมาก

ตารางที่ 4 (ต่อ) ความเหมาะสมของโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รายละเอียดโปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านผลลัพธ์โปรแกรม			
1. โปรแกรมทำให้เกิดความสะดวกในการบริการผู้ป่วย	3.40	0.70	เหมาะสมปานกลาง
2. โปรแกรมทำให้ลดโอกาสการเก็บสิ่งส่งตรวจคลาดเคลื่อนได้	3.20	0.92	เหมาะสมปานกลาง
3. โปรแกรมช่วยให้ผู้รับบริการตรวจเข้าใจถึงการดูแลหรือการปฏิบัติหลังทราบผลการตรวจพบไวรัสได้	3.90	0.88	เหมาะสมมาก
4. โปรแกรมทำให้เกิดคุณภาพบริการได้	3.50	0.71	เหมาะสมมาก
รวม	3.61	0.64	เหมาะสมมาก

การอภิปรายผล

1. ความรู้ภายหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง จำแนกตามรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของเบคเกอร์ในกลุ่มตัวอย่างทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นทุกด้าน เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ และความจำเป็นของการตรวจมะเร็งปากมดลูก^(9,10) สังเกตได้จากขณะทำกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจฟัง มีการซักถามเป็นระยะๆ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการให้ความรู้แบบรายกลุ่มขนาดเล็ก กลุ่มละ 8-10 คน การสอนและมีการสื่อสารแบบสองทางทำให้มีการซักถามข้อสงสัยได้สะดวก และการประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์มาเป็นแนวทางในการสอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรง โอกาสเสี่ยง รับรู้ประโยชน์ และวิเคราะห์อุปสรรคได้ ประกอบกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อลดความกลัวและความอาย มีการใช้แผนการสอนบรรยายประกอบภาพที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนช่วยดึงดูดและกระตุ้นความสนใจ การให้ความรู้อย่างเป็นระบบทำให้รับรู้ตรงกับความต้องการของผู้ให้ เกิดการเรียนรู้ได้ดี ผลที่เกิดขึ้นคือมีค่าการตรวจไม่สมบูรณ์ลดลงเหลือร้อยละ 0.0382

2. เจตคติต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในภาพรวมอยู่ในระดับสูงคือระดับมาก ($\bar{X}=4.19$) สอดคล้องกับแนวคิดของบลูม ที่กล่าวว่าเจตคติทำให้เกิดการปฏิบัติ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การดูแลป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรครวมทั้งการได้รับการเน้นย้ำให้เห็นถึงอันตรายที่เกิดจากโรคมะเร็งปากมดลูก ก็คงจะส่งเสริมให้สตรีมีทัศนคติที่ดีในการใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้น หรือ Rezaei, Seydi & Alizadeh⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาในกลุ่มครู ในเมืองตาบรีซ ประเทศอิหร่าน จำนวน 129 คน โดยแบ่ง

กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกมีการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองในรูปแบบที่ปฏิบัติมาแบบเดิม กลุ่มที่ 2 เป็นการให้ความรู้โดยใช้การบรรยายประกอบการใช้บัตรคำรูปภาพ และกลุ่มที่ 3 เป็นการให้ความรู้โดยการให้แผ่นพับกลับไปอ่านเพียงอย่างเดียว พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทัศนคติของ 2 กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้นการนำโปรแกรมการให้ความรู้มาใช้นอกจากจะเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ยังส่งผลให้มีทัศนคติที่เหมาะสมรวมทั้งมีความพึงพอใจต่อการมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

3. ความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองภายใต้การให้ความรู้ พบว่าส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกค่าเฉลี่ย 23.29 อยู่ในระดับสูงคืออยู่ในระดับมาก และมีความยินดีเมื่อทราบว่ามีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของเบคเกอร์ อธิบายได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการตรวจมะเร็งปากมดลูก^(9,10) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรวรรณ สัมมุติ และสมเดช พินิจสุนทร⁽¹²⁾ ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ หมายความว่าคนที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงจะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าคนที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. ความเหมาะสมโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับสูงคือระดับเหมาะสมมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61) ผลการวิจัยพบว่าสตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้มีความรู้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงรวมทั้งมีเจตคติในเชิงบวกสูงขึ้น ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้ที่ดำเนินการตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์สามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ การปรับเปลี่ยนเจตคติ และเพิ่มความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งโปรแกรมได้ใช้การกระตุ้นตัวแปรต่างๆที่มีผลต่อความรู้สึกกลัวรวมทั้งความวิตกกังวล การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเป็นโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคผ่านรูปแบบของการให้ความรู้แบบกลุ่ม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับตนเอง การรับรู้ต่ออุปสรรคในการดูแลป้องกันตนเองจากการเกิดโรคจึงช่วยเสริมสร้างความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีจากการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับการนำเสนอสื่อต่างๆมาประกอบทำให้ความรู้ร่วมด้วย ได้แก่ Powerpoint และรูปภาพประกอบการสอน จะช่วยให้สามารถมองเห็นภาพได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ข้อมูลมากขึ้น และมีระดับความรู้ที่สูงขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Greimel⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรี

จำนวน 147 ราย โดยเปรียบเทียบการสอนโดยใช้การพูดเพียงอย่างเดียว กับกลุ่มที่ได้รับการสอนร่วมกับการใช้รูปภาพประกอบ และกลุ่มที่ได้รับการสอนในรูปแบบของ VDO เทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้ภายหลังการสอนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนตามโปรแกรม พบว่ามีความรู้ในระดับที่สูง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า โปรแกรมการสอนให้ความรู้สึกเป็นกันเอง ช่วยลดความรู้สึกลาย ทำให้มีความกล้าที่จะถามในสิ่งที่ตนเองสงสัย รูปแบบสื่อที่ใช้ยังกระตุ้นให้เกิดความสนใจ และช่วยให้เข้าใจได้มากขึ้น ดังนั้นการนำโปรแกรมการให้ความรู้มาใช้สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และมีทัศนคติที่เหมาะสมในผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะมาคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ผลการศึกษาข้างนี้บ่งชี้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัสไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ผ่านการให้ความรู้ประสบผลสำเร็จในการเพิ่มระดับความตระหนักและการรับรู้ทุกด้านของการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้ที่ถูกต้องมีการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ดีขึ้นและเพิ่มมากขึ้นหลังการได้รับโปรแกรมในสตรีกลุ่มอื่น^(14,15)

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. การนำรูปแบบการให้ความรู้ตามโปรแกรมห้ไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับการประเมินก่อนการให้ความรู้ที่คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รวมทั้งทัศนคติที่มีอยู่เดิม และประยุกต์การสอนให้เข้ากับบริบทและความรู้ต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
2. การจัดการรณรงค์เพื่อมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจด้วยตัวเอง หรือการตรวจด้วยบุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมให้คู่สมรส ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการสร้างการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ขยายผลการนำรูปแบบการให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ ไปใช้ในโรงพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจค้นหาไวรัสไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจ และลดความคลาดเคลื่อนในการตรวจ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรมีการศึกษาในเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการไม่มารับการตรวจตามนัด เพื่อส่งเสริมให้มีการมารับการตรวจติดตามอาการโดยเฉพาะในรายที่มีผลตรวจผิดปกติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ให้การสนับสนุนทั้งในด้านการวิจัย โอกาสในการทำงานวิจัย การให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณผู้รับบริการและบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Switzerland: Cervical cancer [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
2. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, Chaiwiriabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A, et al. Cancer in Thailand Volume X 2016 - 2018 [internet]. Bangkok : National cancer institute ministry of public health; 2021 [cited 2023 Oct 5]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html
3. จรัสศรี อินทรสมหวัง, กาญจนา ศรีสวัสดิ์. สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสตรีมะเร็งปากมดลูก. วารสารเกษมบัณฑิต. 2562;20(1):146-54.
4. กิตติยา พิทยะปรีชากุล, กวีวัชร ตันติเศรณี, ปิยะพงษ์ ศรีสวัสดิ์, เบญจมาศ มั่นอยู่. ปัจจัยเสี่ยงของ มะเร็งปากมดลูกและการเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย 2 วิธี. วารสาร วิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2565;4(2):87-94.
5. ชูรัตน์ สารรัตน์. รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการของขวัญปีใหม่ โรงพยาบาลมะเร็ง อุดรธานี. อุดรธานี: เอกสารอัดสำเนา; 2565.
6. Auvinen E, Nieminen P, Pellinen J, Dillner J, Tarkkanen J, Virtanen A. Human papillomavirus self-sampling with mRNA testing benefits routine screening. Int J Cancer. 2022 Dec 1;151(11):1989-1996. doi: 10.1002/ijc.34170.
7. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
8. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika [Internet]. 1937; 2(3):151-60. doi:10.1007/BF02288391.
9. วันเพ็ญ บุญรอด. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลบางหัก อำเภอนาทอง จังหวัดชลบุรี. วารสารราชนครินทร์. 2558;12(1):153-160.
10. ศศิประภา จำปาหวาย. การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557; 32(2):190-6.

11. Rezaei MB, Seydi S, Alizadeh SM. Effects of 2 educational methods on the knowledge, attitude, and practice of women high school teachers in prevention of cervical cancer. *Cancer Nurs.* 2004 Sep-Oct;27(5):364-9. doi: 10.1097/00002820-200409000-00005.
12. อุไรวรรณ สัมมุติ, สมเดช พินิจสุนทร. ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน.* 2558;3(4):529-46.
13. Greimel ER, Gappmayer-Löcker E, Girardi FL, Huber HP. Increasing women's knowledge and satisfaction with cervical cancer screening. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1997 Dec;18(4):273-9. doi: 10.3109/01674829709080699.
14. ศิริลักษณ์ วรไวย, เรือน สมณะ, อธิยุทธ อุดมพร. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลกุดไผ่จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.* 2558; 8(2):173-81.
15. สุรียา สะมะแอ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, เบญจทิรา รัชตพันธนากร. ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกกรณีศึกษา: ตำบลกาวะ อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.* 2559;3(1):31-45.

การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

นาฏลีนี ชัยแก้ว*, มยุรี บุญทด**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชน 2) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 และ 4) เพื่อประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนใน 5 ตำบลในเขตสุขภาพที่ 3 พระ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้นำท้องถิ่น บุคลากรทางสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประเมินผลรูปแบบ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ร่วมมือในการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพและการศึกษา ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับที่มากที่สุด รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุมี 9 องค์ประกอบ โดยเพิ่มจาก 8 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก คือ วัดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) เป็นผู้บทบาทสำคัญ ซึ่งมีการประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน ที่มีทุนทางสังคมในชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังในการดำเนินการสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ

* นักวิชาการสาธารณสุขการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท

^a Corresponding author: มยุรี บุญทด Email: mayuree@bcnchainat.ac.th

รับบทความ: 29 พ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 10 ธ.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 10 ธ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 ม.ค. 67

Development of Age-friendly City Model in Health Region 3

Nadsinee Chaikaeo*, Mayuree Boontad**a

Abstract

This study is the research and development. The objectives are 1) to study the community's preparation for entering the aging society 2) to analyze the situations of the community's ability to develop into an age-friendly city 3) to develop the age-friendly city model in Health Region 3 and 4) to evaluate the age-friendly city model. The sample group was older people living in communities in 5 sub-districts in Health Region 3, the monks, care managers, caregiver, family caregiver, local leader, health care personnel, local government organization, and other stakeholders. Data were collected by interview, focus group, and evaluation forms. Data analysis used content analysis. The statistics used to analyze the data are percentages, means, and standard deviations.

The results of the study found that communities and local government organizations have cooperated in preparing to enter the aging society in the areas of health, social, economic, and education. The ability of the community to provide the age-friendly city environment in Health District 3 found that the overall level is at a high level. Community participation is at the highest level. The age-friendly city model has 9 elements, increasing from the 8 elements according to the World Health Organization's framework, namely health promotion temples. The temple's health promotion volunteer monks (VHV) play an important role. The model is applied appropriately with the community context which has social capital in the community and local government organizations as the power to create an age-friendly city in order to improve the quality of life of the elderly and people in the community.

Keywords: Model development; Age-friendly city; Elderly

* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 3, Nakorn Sawan

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chainat

^a Corresponding author: Mayuree Boontad Email: mayuree@bcnchainat.ac.th

Received: Nov. 29, 23; Revised: Dec. 10, 23; Accepted: Dec. 10, 23; Published Online: Jan. 11, 24

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่ง ผู้สูงอายุ โดยทวีปยุโรปมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ขณะที่ทวีปเอเชียมี ประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วน ผู้สูงอายุสูงที่สุดเป็นอันดับ 4 ของทวีปเอเชียและถือเป็นอันดับสองในอาเซียน ซึ่งอีกไม่กี่ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ รวมถึงจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง ในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมควบคู่กันไป⁽¹⁾ ปัจจุบันประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มาตั้งแต่ปี 2548 เนื่องจาก มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ในสัดส่วนที่เกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ และยังมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 19.6 ในปี 2564 จำนวน 13,358,751 คน ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี 2566⁽²⁾ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุ ผลกระทบสำคัญที่ตามมา ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมตามวัย และโรคเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี 2562-2563⁽³⁾ พบว่า 5 ใน 10 คน ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง หรือปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 60.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.8 อ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 38.4 และเมื่อพิจารณาความสามารถ จากการประเมินในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ พิการหรือทุพพลภาพ ร้อยละ 1.3 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ร้อยละ 1.8 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ช่วยเหลือชุมชน สังคมได้ ร้อยละ 96.9

จากข้อมูลประชากร ปี 2565⁽⁴⁾ เขตสุขภาพที่ 3 มีประชากรทั้งหมด 2,094,336 คน เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ จำนวน 529,103 คน คิดเป็นร้อยละ 25.27 โดยเขตสุขภาพที่ 3 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี สัดส่วนประชากรสูงอายุปี 2564 จำแนกแต่ละจังหวัด พบว่า จังหวัดชัยนาทมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 28.02 รองลงมา คือ จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 27.42 จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 25.53 อุทัยธานี ร้อยละ 24.75 และจังหวัดกำแพงเพชร ร้อยละ 22.20 และจากการคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ด้วย ADL พบผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน 461,981 คน คิดเป็นร้อยละ 87.43 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 449,649 คน ร้อยละ 97.33 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 12,332 คน ร้อยละ 2.67 (กลุ่มติดบ้าน 9,546 คน ร้อยละ 2.07 และกลุ่มติดเตียง 2,786 คน ร้อยละ 0.60) และผลจากการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ร้อยละ 46.28 รองลงมาคือความเสี่ยงเรื่อง HT ร้อยละ 17.18 และ DM ร้อยละ 14.22 ตามลำดับ โดยสามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs มากที่สุด เมื่อพิจารณาถึงการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุเข้าร่วมชมรม ร้อยละ 23.94 (100,910 คน) โดยมีชมรมผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ทั้งสิ้น 399 ชมรม

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปี 2564 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในการเร่ง ขับเคลื่อนให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว⁽²⁾ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องมีการปรับบทบาทของรัฐบาล ชุมชน และ ครอบครัว เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในประเด็นรูปแบบของการจัดการของเมืองต่อสังคมผู้สูงอายุในการรองรับผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

แนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก แนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัย (Age-friendly cities) ในการประชุมเกี่ยวกับพหุวิทยา ในปี ค.ศ. 2005 โดยองค์การอนามัยโลก ได้สร้างกรอบแนวคิดและให้ความหมายในการสร้างเมืองสำหรับผู้สูงวัยไว้ว่า เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยเป็นการกระตุ้นให้เกิดภาวะพลวัตทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการรักษาความปลอดภัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับทุกคนในสังคมได้อย่าง เท่าเทียม สะดวก และปลอดภัย⁽⁵⁾ สามารถอธิบาย ได้ 3 วิธี ดังนี้ 1) ด้านสังคม 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปัจจุบันทั่วโลกมีเมืองที่จัดเป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 541 เมือง โดยนวัตกรรมกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 ประเด็นตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ ได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัย 2) การเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม 3) การได้รับการยอมรับในสังคม 4) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการจ้างงาน 5) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร 6) การสนับสนุนของชุมชนและการบริหารด้านสุขภาพ 7) สภาพพื้นที่ภายนอกและตัวอาคาร และ 8) ระบบขนส่ง

จากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุยังขาดการดูแลอย่างทั่วถึง ประกอบกับมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันส่งผลกระทบต่อสังคม ระบบเศรษฐกิจและการจัดสรรทรัพยากรในระดับพื้นที่ในอนาคต ในขณะที่ผู้สูงอายุกำลังเพิ่ม จำนวนขึ้นเรื่อยๆ และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อม ในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีรูปแบบการบริหารจัดการภายในชุมชนให้กับผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นเมืองที่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักยภาพตามรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุซึ่งจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาต่อไป ซึ่งการพัฒนาในรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตระหนักรู้ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคมต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบเมืองในเขตสุขภาพที่ 3 ให้เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงวัยในพื้นที่ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเป็นต้นแบบที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและแนวทางเสริมสร้างคุณภาพของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3

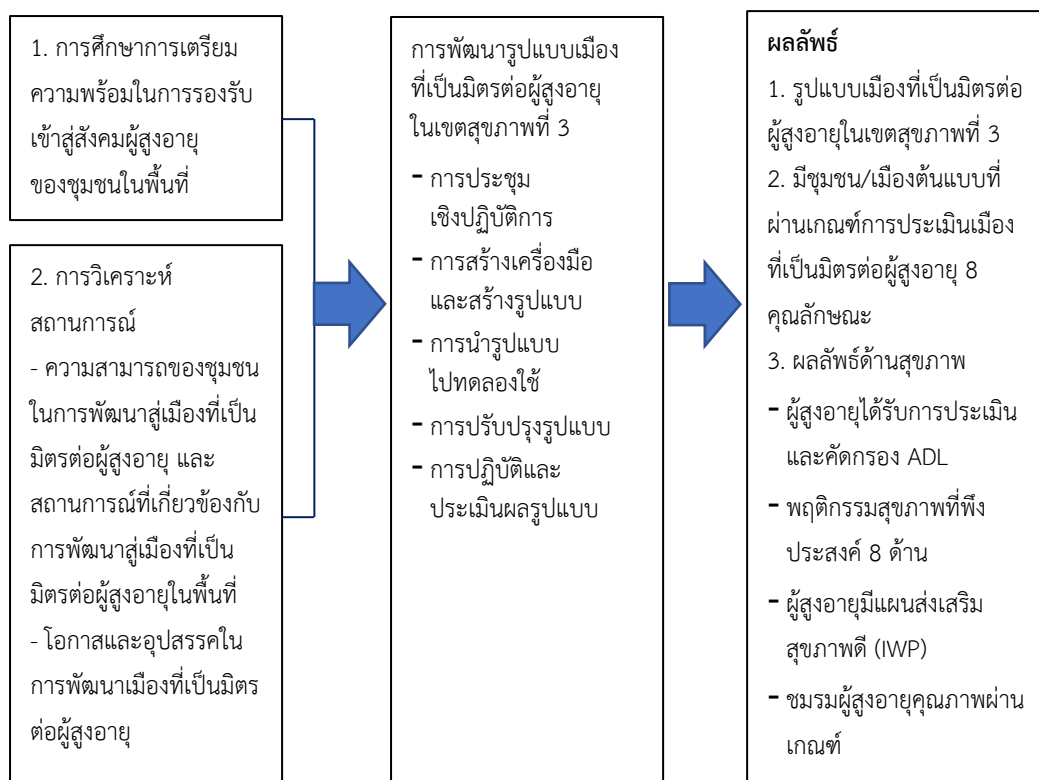
2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

3. เพื่อพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

4. เพื่อประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)⁽⁶⁾ คือการที่ชุมชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนโดยได้รับโอกาสในการดำเนินกิจกรรม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผน กำหนดเป้าหมายของกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการประเมินผล มาใช้ในกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะทำให้เกิดรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับแบบแผนของชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยได้ผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. พื้นที่ในการศึกษาวิจัย มีทั้งหมด 5 ตำบล ดังนี้ 1) ตำบลโกรกพระ อำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ 2) ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท 3) ตำบลบ้านนา อำเภอลำลูกเกด จังหวัดพิจิตร 4) ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และ 5) ตำบลหนองฉาง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย จังหวัดชัยนาท จังหวัดอุทัยธานี จังหวัด นครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดพิจิตร จำนวน 529,103 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน เป็นต้น

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน 5 ตำบล จาก 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 6,557 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบ โดยผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณตามสูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

2.3 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ ภาครัฐที่เกี่ยวข้องและตัวแทนผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มในการศึกษาโอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ แบบบันทึกการประชุมการวิพากษ์และประเมินผลรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและความสามารถในการของชุมชนพื้นที่ในการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และแบบประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

4. ขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่

4.2 ระยะที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในพื้นที่

4.3 ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

4.4 ระยะที่ 4 การประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

5. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย ได้ศึกษาเอกสารและรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน กำหนดรูปแบบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมประเด็นการวิจัย ดังนี้

5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และประเมินผลรูปแบบ

5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการประชุมวิพากษ์รูปแบบตรวจสอบรายละเอียดผลการพัฒนารูปแบบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแผนการวิจัย

5.3 แบบรายละเอียดแต่ละขั้นตอนที่ได้มาตีความและอธิบายปรากฏการณ์ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ นำไปทำรูปแบบนำเสนอผลงานวิจัยต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

6.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบนาทเลขที่ BCNC-IRB 015/2565 ก่อนเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงข้อมูลการวิจัยและลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใดๆที่เปิดเผยชื่อหรือภาพอันจะก่อให้เกิดการเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3

1.1 การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าชุมชนมีแผนดำเนินโครงการกับผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การปรับสภาพบ้านและสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย

ให้กับผู้สูงอายุ โดยมีการตั้ง “หมอบ้าน” ซึ่งเป็นช่างที่มีความรู้และประกอบอาชีพช่างก่อสร้างบ้านในพื้นที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงสภาพบ้าน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

1.2 การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ พบว่า ชุมชนมีการจัดตั้งกองทุนหรือกลุ่มที่ส่งเสริมการสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ กองทุนสมาชิกฌาปนกิจศพ กลุ่มอาชีพ

1.3 การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ พบว่า ชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาลตลอดจน พระคิลานุปัฏฐาก พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการออกตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ พร้อมการคัดกรองในเบื้องต้น และชุมชนร่วมกับสำนักงานเจ้าคณะจังหวัด แก่นนำพระสงฆ์นักพัฒนา พระคิลานุปัฏฐาก ในพื้นที่ต้นแบบได้มีการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้ และขาดแคลน ตั้งศูนย์ซ่อมกายอุปกรณ์ สนับสนุนช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและผู้พิการ ในชุมชน

1.4 การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านการศึกษา พบว่า มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมทางด้านกีฬา ด้านนันทนาการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้สูงอายุต่างจังหวัดหรือต่างพื้นที่ เพื่อแบ่งปันความรู้ซึ่งกันและกัน

2. สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

2.1 ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.48$, $SD=0.71$) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วม พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.72$, $SD=0.69$) สำหรับด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือ ($\bar{X}=4.42$, $SD=0.68$) และด้านการบริการสุขภาพ ($\bar{X}=4.24$, $SD=0.73$) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลางมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย ($\bar{X}=3.55$, $SD=0.66$) ด้านการมีงานทำ ($\bar{X}=3.44$, $SD=0.72$) ด้านที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการเดินทาง ($\bar{X}=3.05$, $SD=0.71$) และด้านสารสนเทศ ($\bar{X}=3.15$, $SD=0.61$)

2.2 โอกาสในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ พบว่าหน่วยงานหลักมีการกำหนดให้มีนโยบายในการขับเคลื่อนงานดูแลผู้สูงอายุในส่วนที่เกี่ยวข้องตามภารกิจ และมีงบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรม ภาครัฐหรือภาคเอกชนในระดับพื้นที่มีส่วนร่วมและให้ความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง อุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ที่พบในช่วงแรกของการดำเนินการและระหว่างดำเนินการ คือ กลไกความร่วมมือการทำงานแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ เนื่องจากการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องขับเคลื่อน

ร่วมกันอย่างบูรณาการ นอกจากนี้ยังพบว่า การขาดแคลนงบประมาณ ในการปรับสภาพพื้นที่ทางสิ่งแวดล้อม และการให้ความสำคัญเชิงนโยบาย ของหน่วยงานท้องถิ่น

3. การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

ได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 การศึกษาการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่ และระยะที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในพื้นที่ มาสังเคราะห์ร่วมกันกับการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนและการวิพากษ์ และได้ข้อสรุปเป็นรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

3.1 หลักการของรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ คือ ชุมชนที่ผู้ให้บริการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรภาครัฐ ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ร่วมกันออกแบบแนวทางการจัดการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุโดยคำนึงถึง 3 เสาหลักของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีสุขภาพที่พึงประสงค์ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ การสร้างความมั่นคงปลอดภัยทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

3.2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ คือ เพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของชุมชน และเพื่อพัฒนาชุมชนที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการ ภายใต้บริบทของชุมชน

3.3 รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กิจกรรมจัดประชุมเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับจังหวัด 2) กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการการดำเนินงานรูปแบบเมืองที่เป็นมิตร 3) ดำเนินงานร่วมกับพื้นที่ต้นแบบ 5 ตำบล จาก 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 3) ประเมินเมืองตาม 8 องค์ประกอบของแบบประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งในระดับพื้นที่และระหว่างพื้นที่ต้นแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุต้นแบบ 4) กิจกรรมสร้างเครือข่ายเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 5) กิจกรรมเผยแพร่ผลการดำเนินงานและสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3.4 องค์ประกอบของรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 อาคาร/พื้นที่สาธารณะ

องค์ประกอบที่ 2 การเดินทางและการขนส่ง

องค์ประกอบที่ 3 ที่อยู่อาศัย

องค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมทางสังคม

องค์ประกอบที่ 5 การยอมรับนับถือจากคนในสังคม

องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน

องค์ประกอบที่ 7 สารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร

องค์ประกอบที่ 8 การสนับสนุนของชุมชนและบริการด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 9 วัดส่งเสริมสุขภาพ

3.5 ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ ประกอบด้วย

1) ศักยภาพของชุมชน ต้นทุนทางสังคม (Social capital) ทำให้ชุมชนมีความพร้อมและมีความสามารถในการบริหารจัดการชุมชนในการผลักดันและการขับเคลื่อนรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของชุมชนได้

2) บทบาทผู้นำชุมชน หมายถึง ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะผู้นำชุมชนที่เป็นพลังในการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งต้องมีความเชื่อมั่น ศรัทธา วิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการพัฒนาท้องถิ่น รวมทั้งการรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของพื้นที่เปรียบเสมือนเป็นบ้านของตนเอง ทำให้มีพลังและเห็นเป้าหมายที่จะนำชุมชนไปสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้

3) พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และผู้สูงอายุผู้พิการในชุมชนรอบวัด ทำให้เห็นความเป็นอยู่พบว่ายังขาดแคลนอุปกรณ์ รวมไปถึงเห็นว่าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่มีรถเข็นวีลแชร์ที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์จึงขอนำมาซ่อมแซมเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนที่ขาดแคลนได้ใช้ ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) รพ.สต. ในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้พิการ รวมไปถึงพระสงฆ์ที่อาพาธในพื้นที่

4. การประเมินรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3

รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 เป็นการนำสาระสำคัญและหลักการขององค์ประกอบทั้ง 8 ประการ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมีปรับประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชนในเขตสุขภาพที่ 3 และเพิ่มองค์ประกอบที่ 9 คือ วัดส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ชุมชนสามารถเป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้เหมาะสมกับบริบทของเขตสุขภาพที่ 3 สำหรับการจะนำรูปแบบฯ ไปใช้นั้น พบว่ารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 มีประเด็นที่ยืนยันคุณภาพของรูปแบบได้ ดังนี้

4.1 มีชุมชน/เมืองต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 8 คุณลักษณะ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ตำบลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ตำบลบ้านนา อำเภอลำลูกเกด จังหวัดพิจิตร ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และผ่านเกณฑ์การประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 6 คุณลักษณะ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ตำบลหนองฉาง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

4.2 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรอง ADL ร้อยละ 90 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ด้าน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 77.39 ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี

(Individual wellness plan: IWP) จำนวน 90 คน (ร้อยละ 1.46) ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ทั้งนี้ได้นำผลการประเมินเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนพื้นที่ ดันแบบในเขตสุขภาพที่ 3 และนำผลที่ได้นำไปวางแผนงาน แผนปฏิบัติการ โครงการและกิจกรรม ที่มีประสิทธิภาพที่ดีต่อการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โดยพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 โดยนำข้อค้นพบการวิจัยดังกล่าว ไปกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 3 ในการขับเคลื่อนเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต ที่ดีต่อผู้สูงอายุต่อไป

การอภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 สามารถนำมาเป็น ข้ออภิปรายที่มีสาระสำคัญ ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า การเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในหลากหลายด้าน ได้แก่ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีการปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ด้านเศรษฐกิจ ชุมชนมีการเสริมสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุในรูปแบบกลุ่ม หรือกองทุนด้านสุขภาพ พบว่าชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักบริบาล ตลอดจน พระคิลานุปัฏฐาก มีบทบาทสำคัญในการออกตรวจสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุ พร้อมการคัดกรองในเบื้องต้น และชุมชนร่วมกับสำนักงานเจ้าคณะจังหวัด แก่นนำพระสงฆ์ นักพัฒนา พระคิลานุปัฏฐาก ได้มีการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้และขาดแคลน ตั้งศูนย์ซ่อม กายอุปกรณ์ สนับสนุนช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและผู้พิการ ด้านการศึกษา มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ เมืองเกษม⁽⁷⁾ ที่พบว่า ชุมชนมีการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และการศึกษา ซึ่งชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการดำเนินงานในลักษณะกิจกรรมและการจัดตั้ง กลุ่มหรือกองทุน เพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กันตภัสสร มงคลเชื้อทอง⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษา เรื่องการจัดการเมืองท่องเที่ยวที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาพื้นที่เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า สภาพในเมืองหรือสภาพทางกายภาพที่รองรับสังคมผู้สูงอายุภายในเขตเทศบาลนครเกาะสมุย ภาพรวม มีความเป็นอยู่อยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้านการสนับสนุนจากชุมชน และการบริการสุขภาพ ด้านสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร ด้านการยอมรับและการมีสังกัดในสังคม ด้านที่อยู่อาศัยในชุมชนเมือง ด้านอาคารสถานที่ต่างๆ ในเขตเมือง อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการจราจร การเดินทาง และขนส่ง ด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการมีงานทำอยู่ในระดับน้อย

2. สถานการณ์ความสามารถของชุมชนในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โอกาสและอุปสรรค ในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตร ต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาสู่เมือง

ที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วม สำหรับด้านที่อยู่ในระดับมากมี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือและด้านการบริการสุขภาพ ส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลางมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการมีงานทำ ด้านที่อยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการเดินทาง และด้านสารสนเทศ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา ในการศึกษาของ เบญจมาศ เมืองเกษม⁽⁷⁾ พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมสู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อม สู่เมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ บุญเชิด หนูอิม⁽⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องศักยภาพเชิงพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุข เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ พบว่าศักยภาพเชิงพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุขจากปัจจัยชี้วัด 8 ประการ ตามเกณฑ์การพิจารณาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่อยู่ระดับไม่มี จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพื้นที่สาธารณะภายนอกอาคารและภายในอาคาร ด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง และการมีงานทำ และด้านสารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร สิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคมนาคมขนส่ง ด้านโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคม การยอมรับและการมีสังกัดในสังคม และด้านการสนับสนุนจากชุมชนและการบริการสุขภาพ และสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 ด้าน คือ ด้านที่อยู่อาศัยในชุมชน

3. การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 โดยนำหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งทำให้การพัฒนารูปแบบนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทั้งนี้เพราะเป็นการดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการร่วมวางแผน ดำเนินการและประเมินผลเป็นความต้องการของชุมชนโดยแท้จริง โดยมีทุนทางสังคม (Social capital) ในชุมชน ทำให้ชุมชนมีความพร้อมและมีความสามารถในการบริหารจัดการชุมชนในการผลักดันและการขับเคลื่อนรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของชุมชนได้ นอกจากนี้ผู้นำชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่เป็นพลังในการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งต้องมีความเชื่อมั่น ศรัทธา วิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการพัฒนาท้องถิ่น รวมทั้งการรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของพื้นที่เปรียบเสมือนเป็นบ้านของตนเอง ทำให้มีพลังและเห็นเป้าหมายที่จะนำชุมชนไปสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้ ผลการศึกษาที่น่าสนใจมากในการศึกษารุ่นนี้อีกประการ คือ พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อ.สว.) ได้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และผู้สูงอายุผู้พิการในชุมชนรอบวัดเป็นทั้งผู้นำทางกิจกรรมเยี่ยมบ้าน จัดหาซ่อมแซมอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และยังเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ถือได้ว่าเป็นการดำเนินงานรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเพื่อการรองรับสังคมสูงวัยได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเชื่อของคนไทยซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้การวางแผนแก้ไขปัญหาและกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาของ เบญจมาศ เมืองเกษม⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และการศึกษาของ กมลชนก ภูมิชาติ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และดวงกมล ภูวนล⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบเมืองผู้สูงอายุอยู่สบาย โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

กิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนจะให้ความร่วมมือเนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน

4. ผลของรูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 ผลการศึกษา พบว่าพื้นที่ต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 8 คุณลักษณะ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ตำบลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ ตำบลห้วยงู อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท ตำบลบ้านนา อำเภอลำลูกเกด จังหวัดพิจิตร ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และผ่านเกณฑ์การประเมินเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 6 คุณลักษณะ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ตำบลหนองฉาง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรอง ADL ร้อยละ 90 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ด้าน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 77.39 ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี จำนวน 90 คน (ร้อยละ 1.46) ชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจมาศ เมืองเกษม⁽⁷⁾ ที่พบว่า รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นการนำสาระสำคัญและหลักการขององค์ประกอบทั้ง 8 ประการตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ โดยมีปรับประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถเป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุได้ สำหรับการจําแนกรูปแบบฯ ไปใช้นั้น การนำไปใช้ควรคำนึงถึงบริบทของชุมชนซึ่งมีความแตกต่างกัน จำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่อย่างแท้จริงเพื่อให้เป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

จากการศึกษาครั้งนี้ได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของเขตสุขภาพและประเทศไทยสำหรับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรคงการพัฒนาอัตรากำลังและศักยภาพของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความเพียงพอเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต และขยายการพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้าใจในการพัฒนาสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ควรร่วมมือกันในการพัฒนาการดำเนินงานสู่เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนานโยบายในเรื่องนี้ต่อไป

2. ศึกษาการพัฒนามาตรฐานการดำเนินการเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อนำมาพัฒนามาตรฐานและกำหนดตัวชี้วัดการดูแลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วชิราภรณ์ ชิวโคภิชฐ. สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2562 ;6(1):38-54.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
3. วิชัย เอกพรากร, หทัยชนก พรระจเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
4. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของ Healthy Ageing ปีงบประมาณ 2565.[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มี.ค. 25].เข้าถึงได้จาก : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48
5. World Health Organization. Global age-friendly cities project. World Health Organization Press; 2007.
6. Cohen JM. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. New York: World Development; 1980.
7. เบญจมาศ เมืองเกษม. รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านคู อำเภอมือง จังหวัด เชียงราย. วารสาร มจร. มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2564;7(1):240– 254.
8. กันตภัสสร มงคลเชื้อทอง. การจัดการเมืองท่องเที่ยวที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาพื้นที่เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. 2558.
9. บุญเชิด หนูอิม. ศักยภาพเชิงพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย ; 2561.
10. กมลชนก ภูมิชาติ. รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ. อินทนิลทักษิณสาร. 2561;13(1): 115-31.
11. ดวงกมล ภูนวล. การพัฒนารูปแบบเมืองผู้สูงอายุอยู่สบาย.วารสารสุขศึกษา. 2556;37(126):82-101.

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง)

สุกัญญา วัชรประทีป^a, บุชรินทร์ พูนนอก^{*}, จีรภา ผ่องแผ้ว^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลของการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติงาน และ 2) ศึกษาความเห็นต่อการดำเนินการอบรม และความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคต โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว เก็บข้อมูลหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ที่เข้ารับการอบรม จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคิดเห็นต่อหลักสูตร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (94.0%) สถานภาพสมรส (61.5%) จบการศึกษาระดับ ม.ปลายหรือ ปวช. (64.0%) ปฏิบัติงานที่ อบต. (81.5%) หลักสูตรการอบรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{X}=3.24$, $SD=0.47$) การสร้างสัมพันธ์ภาพ ($\bar{X}=3.23$, $SD=0.46$) และ การบันทึกรายงานและการส่งต่อ ($\bar{X}=3.20$, $SD=0.46$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำสุด 3 ลำดับ ได้แก่ การดูแลแผล ($\bar{X}=2.94$, $SD=0.50$) การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัว ($\bar{X}=3.05$, $SD=0.49$) และ การดูแลอาหารเฉพาะโรค ($\bar{X}=3.05$, $SD=0.54$) ผู้เข้าอบรมประเมินว่าการอบรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=3.62$, $SD=0.53$) และควรมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานของอสบ. ในประเด็นคำตอบแทน สภาพการทำงาน สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ญาติ และบุคลากรสาธารณสุข และการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งขอความช่วยเหลือสำหรับผู้เข้าไม่ถึงบริการ

คำสำคัญ: หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง); อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.); การรับรู้ความสามารถแห่งตน; การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย

^{**} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย

^a Corresponding author: สุกัญญา วัชรประทีป Email: toota20toota@yahoo.com

รับบทความ: 29 ธ.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 22 ม.ค. 67; ตอบรับตีพิมพ์: 22 ม.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 ม.ค. 67

Self-Efficacy of Care Communities Completed the 50-Hour Training Curriculum for Elderly and Dependent Care

Sukanya Watcharaprateep^{*a}, Budsarin Phoonnok^{*}, Jirapa Phongphaew^{**}

Abstract

The objectives of this research were to 1) examine the effectiveness of the 50-hour training curriculum for elderly and dependent care in improving perceived self-efficacy among care communities (CC) who attended the curriculum and 2) assess attitudes toward the curriculum and issues for further improvements. The samples were 200 CC's attended the program. The questionnaire assessed participants' perceived self-efficacy in caring for the elderly and dependents. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results showed that the samples were mostly females (94.0%), married (61.5%), completed higher education or equivalent (64.0%), and worked at subdistrict administrative organizations (81.5%). After receiving the training, the top 3 areas with highest perceived self-efficacy mean scores were 1) providing rehabilitation for the elderly and dependents ($\bar{x}$ =3.24, SD=0.47), 2) building relationships ($\bar{x}$ =3.23, SD=0.46), and 3) recording and referrals ($\bar{x}$ =3.20, SD=0.46). Three areas with lowest perceived self-efficacy mean scores included 1) wound care ($\bar{x}$ =2.94, SD=0.50), 2) caring for elderly with chronic illnesses ($\bar{x}$ =3.05, SD=0.49), and 3) providing food specific to illness ($\bar{x}$ =3.05, SD=0.54). CC reported that the training helped them develop their competencies at the highest level ($\bar{x}$ =3.62, SD=0.53). In the future, their work should be improved in compensations, working conditions, relationships with the elderly, families, and their supervisors, and setting up centers to improve access to care for the elderly and dependents.

Keywords: Training curriculum for elderly and dependent care (50-hour curriculum);
Care community; Perceived-self-efficacy; Elderly and dependent care

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

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

^a Corresponding author: Sukanya Watcharaprateep Email: toota20toota@yahoo.com

Received: Dec. 28, 23; Revised: Jan. 22, 24; Accepted: Jan. 22, 24; Published Online: Jan. 23, 24

บทนำ

ปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย คาดว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ. 2563 การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุนับเป็นความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active aging) สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ และมีส่วนร่วม ยังประโยชน์ให้กับตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่ตนอาศัยอยู่ (Productive aging) และมีการเตรียมตัว และวางแผนชีวิตในบั้นปลายอย่างเหมาะสม สามารถทำประโยชน์ให้กับตัวเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม⁽¹⁾ ในระดับนโยบายนั้น ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และพัฒนาสู่แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) โดยแผนย่อยการรองรับสังคมสูงวัย มีแนวทางการพัฒนาโดย เพิ่มบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ และเพิ่มบทบาทภาคอื่นๆ ในการรองรับสังคมสูงวัย⁽²⁾ โดยเร่งส่งเสริมการเตรียมการก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้สูงวัยในทุกมิติอย่างมีคุณภาพ

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนับเป็นบทบาทขององค์กรในชุมชนท้องถิ่น ที่ต้องให้การสนับสนุน เพื่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุ รวมทั้งการอยู่ร่วมกันกับวัยอื่นๆ ได้อย่างมีความสุขตามบริบทของพื้นที่ แต่จากการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ชัดเจนและยังต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾

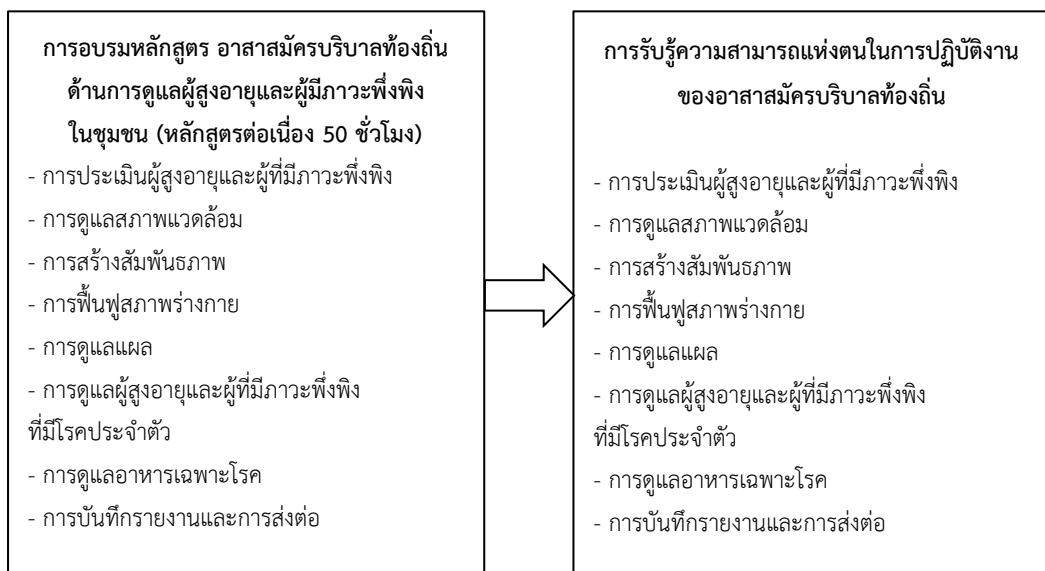
ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย เริ่มมีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยการจัดบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีภาวะติดบ้าน (Partial dependent) หรือติดเตียง (Complete dependent) โดยบุคลากรสุขภาพที่ได้รับการอบรมให้เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager-CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver-CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน โดยบริการดังกล่าวเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2563 กระทรวงมหาดไทย ได้เสนอโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care community-CC) เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แผนงาน/โครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โรคระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 ไปยังสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อพิจารณากลับกรองเสนอคณะรัฐมนตรีอนุมัติในหลักการเพื่อขอใช้จ่ายเงินกู้ภายใต้แผนงานดังกล่าว โดยมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ได้แก่ จัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการอบรมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หลักสูตร 70 ชั่วโมง และจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทั้งนี้ โดยมีเงื่อนไขให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง แล้วนั้น ต้องเข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ต่อเนื่องอีก 50 ชั่วโมง เพื่อได้รับการว่าจ้าง และปฏิบัติงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนสังกัด อย่างต่อเนื่องภายในระยะเวลา 3 ปี⁽⁵⁾ เขตสุขภาพที่ 9 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 859 แห่ง ปัจจุบันมีอาสาสมัคร

บริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง และปฏิบัติงานอยู่ทั้งหมด 1,585 คน ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิภาพผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยการจัดหลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Theory-SCT) ของ Albert Bandura ซึ่ง การรับรู้ความสามารถแห่งตน หมายถึง ระดับความมั่นใจในศักยภาพกำกับและกระทำพฤติกรรมของบุคคล และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปรับเปลี่ยนและธำรงรักษาพฤติกรรมสูง จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนแล้วได้สำเร็จ นับเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญหนึ่งในการพยากรณ์ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Bandura กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในบุคคลเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีในอดีต (Previous mastery experiences) 2) การได้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น (Vicarious experiences) 3) อิทธิพลทางสังคม (Social persuasion) และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์และความรู้สึก (Emotional arousal)⁽⁶⁾ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นหลักในการจัดรูปแบบและกิจกรรมการเรียนรู้ในอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) กรอบแนวคิดการวิจัย นำเสนอตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาประสิทธิภาพของการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
2. ศึกษาความเห็นต่อการดำเนินการอบรม และความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคตสำหรับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ทดสอบหลังการทดลอง (Quasi-experimental design with one-group post-test only)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคณะนี้ คืออาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง 70 ชั่วโมง และเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ซึ่งจำนวนประชากรทั้งหมด 300 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณโดยใช้สูตรการกำหนดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรของ ทาโร ยามาเน⁽⁷⁾

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

กำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้กำหนดให้เท่ากับ 0.05

เมื่อแทนค่าลงในสูตรจะได้ผลดังต่อไปนี้

$$n = \frac{300}{1 + 300(0.05)^2} = 171.4286 = 172 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 15 เพื่อป้องกันกรณีการตอบแบบสอบถามกลับมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ เป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 198 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้รูปแบบการสุ่มแบบสะดวก (Convenient sampling) โดยผู้วิจัยติดต่ออาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายทำผ่านระบบ Google Form และปิดระบบเมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ในภาพรวม มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 200 คน คิดเป็นร้อยละ 101

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ หลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ของกรมอนามัย ที่ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานและประเด็นเน้นในการปฏิบัติงานของเขตสุขภาพที่ 9 โดยประกอบด้วยการอบรมภาคทฤษฎีและทดลองปฏิบัติจำนวน 25 ชั่วโมง (3 วัน) และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ปฏิบัติงานของตน ภายใต้การนิเทศ กำกับ ติดตามของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในพื้นที่ รายละเอียดของหัวข้อที่อบรมและจำนวนชั่วโมงของแต่ละหัวข้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หัวข้อและจำนวนชั่วโมงในหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง)

หัวข้อ	จำนวนชั่วโมง
บทบาทท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ	1
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพ ด้วย Blue Book Application	2
การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน	2
การดูแลเฉพาะโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	2
การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี	2
การฝึกปฏิบัติเรื่อง การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี	2
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Active/Passive Exercise)	1
การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Active/Passive Exercise)	1
การฝึกปฏิบัติเรื่อง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Active/Passive Exercise)	3.5
การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะโรค	2
บรรยายเรื่อง การดูแลแผล (Wound Care)	2
การฝึกปฏิบัติเรื่อง การดูแลแผล (Wound Care)	3.5
บรรยายและฝึกปฏิบัติเรื่อง การบันทึกรายงานและการส่งต่อ	1
การฝึกภาคปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	25
รวม	50

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของแบนดูรา ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า Index of item-objective congruence (IOC) ระหว่าง 0.7-1.0 และผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.938

แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานที่ปฏิบัติงาน ปีที่เริ่มปฏิบัติงาน จำนวนผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับมอบหมายให้ดูแลในชุมชน และการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับการเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ตอนที่ 2 แบบประเมินระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน ใน 8 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการประเมินตนเองและผู้สูงอายุ ดูแลสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพที่ดี การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลแผล การดูแลเฉพาะโรค การดูแลอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะโรค และการบันทึกรายงานและการส่งต่อ จำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ แต่ละด้านมีข้อคำถาม 2-5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตามแนวคิดของ ลิเคิร์ท⁽⁸⁾ ตั้งแต่ ไม่นั่นใจเลย (1 คะแนน) ถึงมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) แต่ละด้านคำนวณคะแนนเฉลี่ย และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.00	หมายความว่า	มีระดับความมั่นใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.01–3.00	หมายความว่า	มีระดับความมั่นใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.01–4.00	หมายความว่า	ระดับความมั่นใจมากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมหลักสูตร “อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน” (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) จำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ น้อย (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (4 คะแนน) ค่าเฉลี่ยของผู้ตอบแต่ละคน พิจารณาโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์⁽⁹⁾ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00–1.00	หมายความว่า	มีระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.01–2.00	หมายความว่า	มีระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.01–3.00	หมายความว่า	มีระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.00–4.00	หมายความว่า	มีระดับมากที่สุด

และ ตอนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคตของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ด้านคำตอบแทน สภาพการทำงาน สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติ สัมพันธภาพกับบุคลากรสาธารณสุข และด้านอื่นๆ (ระบุ) โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ได้ทุกข้อที่ตรงกับความคาดหวังของผู้ตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ค่าความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentages) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations) และการวิเคราะห์แปลผลการรับรู้ความสามารถแห่งตน และระดับความเห็นต่อการอบรมฯ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยมีการดำเนินการทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลวิจัยเป็นสำคัญ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมสามารถตัดสินใจเลือกได้โดยสมัครใจ และการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในประเด็นใดๆ ทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะกดยินยอมเข้าร่วมการวิจัยใน Google Form ก่อนเข้าสู่ข้อคำถามในแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน ข้อคำถามไม่มีการขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุข้อมูลที่เป็นการแสดงตัวตน เช่น ไม่มีการให้ระบุชื่อ-นามสกุล หรือสถานที่ทำงาน ผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานั้น ผู้วิจัยจะทำลายภายใน 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมและตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 188 คน (ร้อยละ 94.0) สถานภาพสมรส 123 คน (ร้อยละ 61.5) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) 128 คน (ร้อยละ 64.0) ปฏิบัติงานที่องค์การบริหารส่วนตำบล 163 คน (ร้อยละ 81.5) ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา 81 คน (ร้อยละ 40.5) และไม่ได้เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านร่วมกับการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น 133 คน (ร้อยละ 66.5) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครบริบาลชุมชนที่ผ่านการอบรม (n=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	6.0
หญิง	188	94.0
สถานภาพสมรส		
โสด	37	18.5
สมรส	123	61.5
หม้าย/หย่า/แยก	40	20.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	10.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	11.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	128	64.0
อนุปริญญา/ปวส.	16	8.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	6.0

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครบริบาลชุมชนที่ผ่านการอบรม (n=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
เทศบาล	37	18.5
องค์การบริหารส่วนตำบล	163	81.5
จังหวัดที่ปฏิบัติงาน		
นครราชสีมา	81	40.5
ชัยภูมิ	37	18.5
บุรีรัมย์	26	13.0
สุรินทร์	18	9.0
จังหวัดนอกเขตสุขภาพที่ 9	38	19.0
การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)		
เป็น	67	33.5
ไม่เป็น	133	66.5

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

การปฏิบัติงานด้านต่างๆ ตามที่ได้มีการอบรมในหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ของกรมอนามัย ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การดูแลสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การสร้างสัมพันธ์ภาพ 4) การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 5) การดูแลแผล 6) การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัว 7) การดูแลอาหารเฉพาะโรค และ 8) การบันทึกรายงานและการส่งต่อ นั้น พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{X}$ =3.24, SD=0.47) การสร้างสัมพันธ์ภาพ ($\bar{X}$ =3.23, SD=0.46) และ การบันทึกรายงานและการส่งต่อ ($\bar{X}$ =3.20, SD=0.46) โดยทั้งสามด้านมีการแปลผลระดับความมั่นใจในระดับมากที่สุด ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำสุด 3 ลำดับ ได้แก่ การดูแลแผล ($\bar{X}$ =2.94, SD=0.50) การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัว ($\bar{X}$ =3.05, SD=0.49) และ การดูแลอาหารเฉพาะโรค ($\bar{X}$ =3.05, SD=0.54) โดยการดูแลแผลมีการแปลผลในระดับความมั่นใจในระดับปานกลาง ส่วนอีกสองด้านมีการแปลผลในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัคร
บริบาลชุมชนที่ผ่านการอบรม (n=200)

การรับรู้ความสามารถ แห่งตนในด้าน:	$\bar{X}$ (SD)	แปลผล	ระดับความมั่นใจ n(%)		
			น้อย	ปานกลาง	มาก
การประเมินผู้สูงอายุและ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.14 (0.45)	มากที่สุด	1 (0.5)	15 (7.5)	184 (92.0)
การดูแลสภาพแวดล้อม ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.16 (0.46)	มากที่สุด	1 (0.5)	26 (13.0)	173 (86.5)
การสร้างสัมพันธ์ภาพ	3.23 (0.46)	มากที่สุด	1 (0.5)	19 (9.5)	180 (90.0)
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.24 (0.47)	มากที่สุด	1 (0.5)	14 (7.0)	185 (92.5)
การดูแลแผล	2.94 (0.50)	ปานกลาง	4 (2.0)	66 (33.0)	130 (65.0)
การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงที่มีโรคประจำตัว	3.05 (0.49)	มากที่สุด	1 (0.5)	43 (21.5)	156 (78.0)
การดูแลอาหารเฉพาะโรค	3.05 (0.54)	มากที่สุด	2 (1.0)	30 (15.0)	168 (84.0)
การบันทึกรายงานและการส่งต่อ	3.20 (0.46)	มากที่สุด	1 (0.5)	13 (6.5)	186 (93.0)
ภาพรวม	3.13 (0.48)	มากที่สุด	1 (0.5)	60 (30.0)	139 (69.5)

**ความเห็นต่อการดำเนินการอบรม และความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน
ในอนาคตสำหรับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน**

ผู้เข้าร่วมอบรมที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 200 คน มีความเห็นต่อการอบรมในภาพรวม อยู่ระดับ
มากที่สุด ($\bar{X}$ =3.62) คิดเป็นร้อยละ 90.50 เมื่อพิจารณารายละเอียดรายข้อ พบว่า ผู้เข้าร่วมการอบรม
มีความเห็นว่า ควรมีการดำเนินโครงการฯ เพื่อฟื้นฟูทักษะ-ความรู้ ให้กับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ =3.63) คิดเป็นร้อยละ 90.75 รองลงมา คือประโยชน์ที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
ได้รับจากโครงการฯ อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ =3.61) คิดเป็นร้อยละ 90.25 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความเห็นต่อการดำเนินโครงการอบรมหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุ
และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) (n=200)

รายการประเมิน	$\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ	ระดับความมั่นใจ
1. ประโยชน์ที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้รับจากโครงการฯ	3.61 (0.54)	90.25	มากที่สุด
2. ท่านมีความเห็นว่าควรมีการดำเนินโครงการฯ เพื่อฟื้นฟูทักษะ- ความรู้ ให้กับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	3.63 (0.52)	90.75	มากที่สุด
ภาพรวม	3.62 (0.53)	90.50	มากที่สุด

สำหรับผู้เข้าอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) ท่านมีความคาดหวัง ในฐานะ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ควรได้รับการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ดังนี้ ค่าตอบแทน (ร้อยละ 85.0) สภาพการทำงาน (ร้อยละ 31.5) สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและญาติ (ร้อยละ 31.0) สัมพันธภาพกับบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 37.0) และการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งขอความช่วยเหลือสำหรับผู้เข้าไม่ถึงบริการ (ร้อยละ 7.5) นอกจากนี้ ผู้เข้าอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (หลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง) โดยเสนอให้มีการจัดทำคู่มือเอกสารการเข้าอบรมเพื่อทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา อยากรู้ให้ผู้บริหารทุกแห่งเห็นความสำคัญของหน้าที่บริบาล และอุดหนุนส่งเสริม โครงการช่วยเหลือผู้พิการอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดอบรมให้อยู่ในแต่ละจังหวัดเพื่อความสะดวกในการเดินทาง

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาและพื้นที่ในการปฏิบัติงานนั้น ที่ต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในภาพรวมไม่ต่างกัน การประเมินระดับความสามารถของตนเอง การฝึกทักษะ และการทบทวนประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติที่เคยทำได้สำเร็จ เป็นการจัดให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ได้มีประสบการณ์ความสำเร็จเป็นของตนเอง⁽¹⁰⁾ มีผลทำให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อมีโอกาสนำทักษะความรู้ที่ได้รับ ไปใช้จริงในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ โดยผู้วิจัยฝึกทักษะการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นจนเกิดความชำนาญ การฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะและการให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้ทบทวนทักษะที่ได้รับโดยผู้วิจัยสามารถปรับแก้ในบางประเด็น ซึ่งยังไม่ถูกต้องได้นั้นพบว่าทำให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างถูกต้อง สอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการจัดให้บุคคลใดก็ตามได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อ ฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะ และการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับ ปิยากรณ์ หวังมหาวพร⁽¹¹⁾ ที่ให้ความหมายของคำว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หมายถึง เป็นการทำงานที่เสียสละ ทำให้เป็นที่ยอมรับ และเป็นการทำความดี และการเข้ามาทำงานอาสาสมัคร แม้จะ มาด้วยการถูกชักจูงจากเพื่อน ลักษณะของครอบครัวที่ต้องผู้ป่วยที่ต้องดูแล และการเป็นอาสาสมัคร มีผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน จะทำให้การตัดสินใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครง่ายขึ้นเพื่อนำความรู้ ทักษะต่างๆ ที่ได้รับไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ และสอดคล้องกับ ไกรสร จุลโยธา⁽¹²⁾ ที่ระบุว่า เมื่อทำการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) เสริมด้วยกิจกรรมฝึกการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และคู่มือการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายและออกกำลังกาย แก่กลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น สูงกว่าก่อนการอบรม

ความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคต อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มีความคาดหวังว่าควรได้รับการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มอัตราค่าตอบแทน ให้เป็นไปตาม

ค่าตอบแทนแรงงานขั้นต่ำ คิดเป็นร้อยละ 85.00 สอดคล้องกับขวลิศ สวัสดิ์ผล และคณะ⁽¹³⁾ การที่ภาครัฐจัดระบบสวัสดิการต่างๆทำให้เกิดความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงและช่วยเหลือกัน และสอดคล้องกับราชกิจจานุเบกษา วันที่ 7 มิถุนายน 2562 ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องค่าตอบแทน⁽¹⁴⁾ และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 37.00 สัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและญาติ คิดเป็นร้อยละ 31.00 เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ราบรื่น สอดคล้องกับ ชิตารักษ์ ลือชา และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า การทำงานร่วมกันอย่างมีหลักการเพื่อร่วมมือกันจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่น รวมทั้งร่วมกันขับเคลื่อนระบบ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ประกอบด้วยการปรึกษาหารือร่วมกันแบบพร้อมหน้า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ การกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน การปฏิบัติร่วมกัน เป็นการร่วมมือกันในการปฏิบัติตามแผนงาน และจัดตั้งศูนย์รับแจ้งขอความช่วยเหลือสำหรับผู้เข้าไม่ถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 7.50 สอดคล้องกับ อรรพรรณ ศรีเกิน และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่าการพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผลวิจัยชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังติดเตียง มีลักษณะไป-มาเองไม่ได้ ต้องช่วยทั้งหมด มีโรคหรืออาการแทรกซ้อน และกลุ่มที่เจ็บป่วยหนัก มีเครื่องมือ อุปกรณ์ติดตัวเช่น สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร มีช่องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ใช้ออกซิเจนที่บ้าน ล้างไตทางหน้าท้อง แผลขนาดใหญ่ น้ำหนักถ่วงกระดุก มีท่อเจาะคอ เป็นต้น และให้บริการครอบคลุมอย่างน้อย 3 บริการหลักได้แก่ 1) การให้การดูแลที่บ้าน 2) ให้การดูแลต่อเนื่อง และ 3) การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้ เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย หรือคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อปรับหลักสูตรหรือมาตรฐานเนื้อหาให้ตรงกับความสามารถในการรับรู้ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและมีการพัฒนาทักษะความรู้ และเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเนื่องจากวิวัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว เพื่อให้มีประสิทธิภาพคุณภาพ ตรงกับความต้องการของนักบริบาลท้องถิ่น ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของแต่ละพื้นที่ ในประเทศไทยได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยต่อไป ในศึกษาวิจัยด้านสมรรถนะของนักบริบาลท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ธนิกันต์ ศักดาพร. ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพเชื่อมโยงกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2554.

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 51 ก วันที่ 18 เมษายน 2562; แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580).
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน.เวทีเสวนา ‘ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.กรุงเทพฯ. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2555.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559:24-32.
5. กระทรวงมหาดไทย. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 145 ง ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2562.
6. Kelder SH, Hoelscher D, Perry CL. How individuals, environments, and behaviors interact. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
7. Yamane T. Statistics and Introductory Analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1973.
8. Likert R. The Method of Constructing and Attitude Scale. In Maranell G (editor). Scaling: A Sourcebook for Behavioral Scientists. New York: Routledge; 1967.
9. Best JW. Research in Education. 4th ed. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall; 1981.
10. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
11. ปิยากร หวังมหาพร. ปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. วารสารวิชาการศรีปทุมชลบุรี. 2561;14(3):1-10.
12. ไกรสร จุลโยธา. ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ. หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.2565;8(3):172-82.
13. ขวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, วารี ศรีสุรพล. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2560.
14. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 145 ง.ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกจ่าย พ.ศ. 2562
15. อิดารักษ์ ลือชา, อธิระภัทร เอกผายยสวัสดิ์. การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการปกครองแบบร่วมมือ: กรณีการสร้างร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2565;9(2):274-94.
16. อรรถธรณ ศรีเก็น, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง, พรรณีภา ไชยรัตน์. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(2):39-54.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines)

เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

(ปรับปรุง 27 พฤศจิกายน 2566)

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 บทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับ **บทความอย่างน้อย 2-3 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 **บทความทบทวนและบทความวิชาการต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

ชื่อบทความภาษาไทย

Th Sarabun PSK Bold Font 18

Th Sarabun Bold Font 16

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-2**, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-3***

Th Sarabun Bold Font 16

บทคัดย่อ

Th Sarabun Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun Bold Font 16

Th Sarabun Normal Font 16

คำสำคัญ : คำสำคัญ-1; คำสำคัญ-2; คำสำคัญ-3

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

Th Sarabun Bold Font 16

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-2**, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-3***

Th Sarabun Bold Font 16

Abstract

Th Sarabun Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun Bold Font 16

Th Sarabun Normal Font 16

Keywords : Keyword-1; Keyword -2; Keyword -3

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 ต้องมีข้อความบรรยายเพื่ออธิบายตาราง/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 แต่บทความต้องนำเสนอประเด็นใหม่ ที่ไม่เคยมีการนำเสนอในที่ใดมาก่อน บทความวิชาการ/ทบทวน ไม่ใช้การทบทวนวรรณกรรม แต่ต้องนำเสนอแนวคิด การวิพากษ์ หรือการวิจารณ์ของผู้เขียน โดยอ้างอิงหลักทฤษฎี เอกสารทางวิชาการ 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. ทุกครั้งที่มีการอ้างจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายไฮฟน (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของปริญา
นิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล, นิพนธ์ อุดมสันติสุข, รสสุคนธ์ ศรีพัฒน์วัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.

¹ ทิพวรรณ สุขวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

- 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

- พินิจ อัมสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ไมเกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
- Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

- พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเคมีชีวภาพ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
- 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

- 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>
- 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

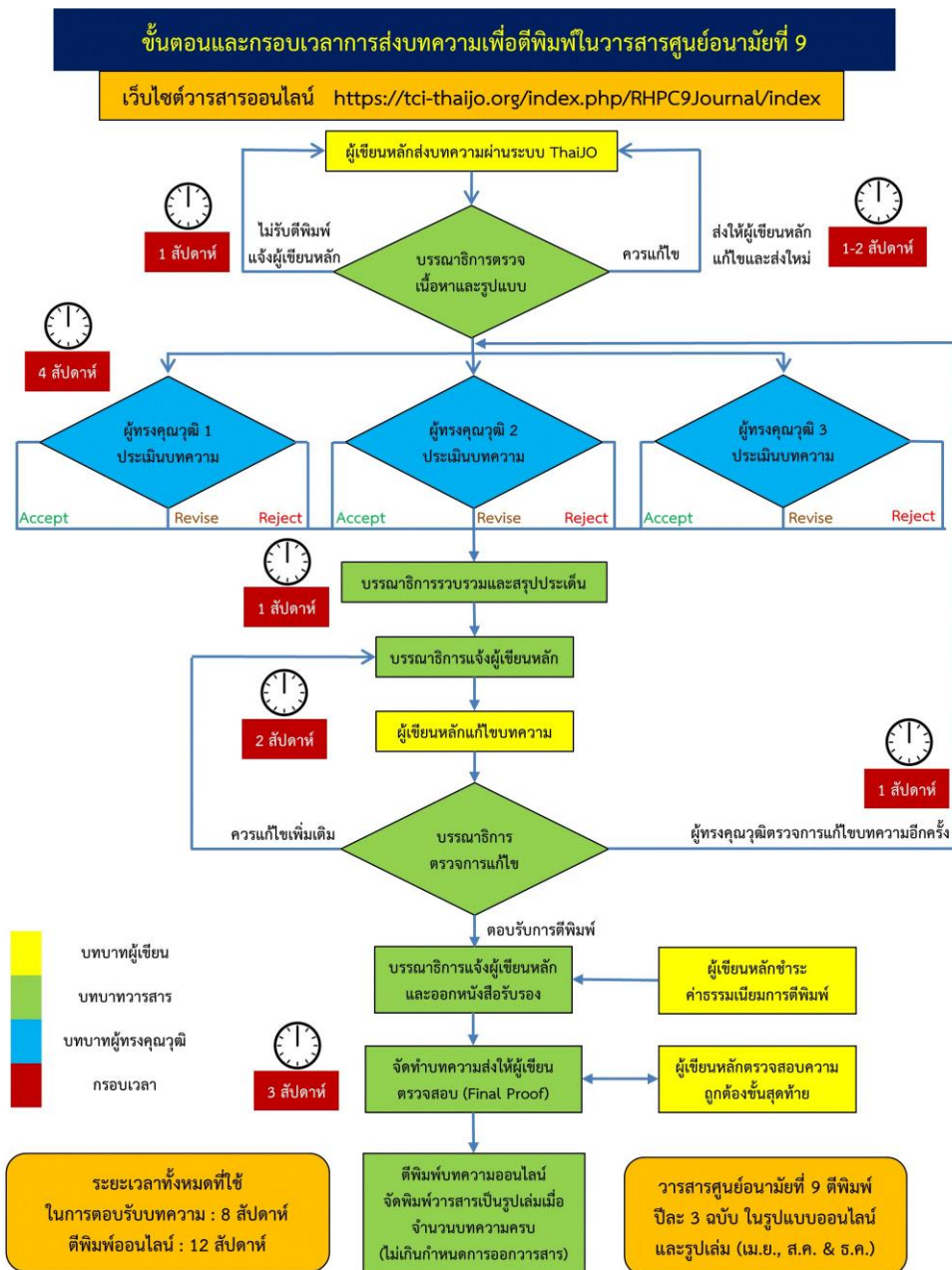
ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความ (รูปแบบ MS Word เท่านั้น) พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกน) และสแกนหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสาร	ผู้เขียน	N/A
3	บรรณาธิการตรวจสอบเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
4	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2-3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	3 สัปดาห์
5	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับตรวจสอบคำแนะนำ 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 โดยดำเนินการต่อใน 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
8.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 9)	บรรณาธิการ	N/A
8.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
8.3	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม กรณี-ผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น		
	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
ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง
กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความ
ให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม



หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
ข้าพเจ้า.....	
ที่อยู่ในการติดต่อ.....	
รหัสไปรษณีย์.....	
เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....	
มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/วิชาการเรื่อง.....	
เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 โดยมีรายชื่อและ Email ติดต่อของผู้เขียนทุกคน ดังนี้	
1. ชื่อ-นามสกุล	Email
2. ชื่อ-นามสกุล	Email
3. ชื่อ-นามสกุล	Email
4. ชื่อ-นามสกุล	Email
5. ชื่อ-นามสกุล	Email
(สามารถใส่รายชื่อเพิ่มเติมจนครบทุกคน)	
พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน (บทความในรูปแบบ Microsoft Word) ในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index เรียบร้อยแล้ว	
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินยติปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และบทความละ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)	
.....	
(.....)	
ผู้ส่งบทความ (ผู้บันทึก)	
...../...../.....	
หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพนมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com	

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1tPUjghGkSgQaLr_E4W7VlCeR0l7-Lem/edit?usp=sharing&oid=105233580674827740242&rtopf=true&sd=true

หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	
ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อาจารย์ที่ปรึกษา).....	
ที่อยู่ในการติดต่อ.....	
รหัสไปรษณีย์.....	
เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....	E-mail.....
ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง.....	
.....	
.....	
โดย (ชื่อ-สกุลนักศึกษา).....	
สาขาวิชา.....	มหาวิทยาลัย.....
ที่อยู่ในการติดต่อ.....	
รหัสไปรษณีย์.....	
เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....	E-mail.....
แล้วว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ และบทความนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และนักศึกษา ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่า การตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มี ค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)	
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน.....	
..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน	 ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
.....	
(.....)	(.....)
นักศึกษา	อาจารย์ที่ปรึกษา
...../...../.....	/...../.....
หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ ขันมิ่ง อุ่นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com	

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่

https://docs.google.com/document/d/1tPUghGkSgOQaLr_E4W7WlCeR0l7-Lem/edit?usp=sharing&oid=105233580674827740242&tpof=true&sd=true