

วารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการ
แถลง

วัตถุประสงค์

1.

เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการและรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2.

เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.

เพื่อเป็นสื่อกระชับความสัมพันธ์ทางแนวคิดและปฏิบัติงาน ระหว่างสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 สำนักงานสาธารณสุข ศูนย์วิชาการเขต และกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ทุกท่าน วารสารฉบับนี้เป็นวารสารปีที่ 21 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ในฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หลายหลายด้าน กล่าวคือด้านโรคติดต่อ ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม, การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ด้านโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี, การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลเลย, ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี และความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการผลิตตกหล่นของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ตำบลหนองหม่น จังหวัดลำปาง นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับวัคซีน ได้แก่ การทดสอบทางคลินิก ระยะที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลทางคลินิกและความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ชนิดเชื้อตายสามสายพันธุ์ (Tri Fluvac) ในผู้ใหญ่สุขภาพดี อายุ 18-64 ปี ในจังหวัดนครพนม และผลจากการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยติดเชื้อไขหวัดใหญ่ที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2554 - 2559: การวิเคราะห์ด้วยรูปแบบ Test negative design โดยหวังว่าท่านผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน และการพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท้ายนี้กองบรรณาธิการขอเรียนว่า เรายินดีต้อนรับบทความทางวิชาการและงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากทุกท่าน เพื่อเป็นเวทีสื่อสารและเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ๆ จากนักวิจัยทุกท่านด้วยความยินดียิ่งค่ะ ฉบับหน้าพบกันใหม่

(นางสาวอรทัย ศรีทองธรรม)
บรรณาธิการ

คณะกรรมการ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์ธงชัย	กิริติหัตถยากร	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์ติเรก	ข้าแป้น	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์อภิชาติ	วชิรพันธ์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงบุศณี	มุจรินทร์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เกศรา	แสนศิริวิสุข	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการ

ดร.อรรถัย	ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
-----------	------------	--

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ณัฐिता	โรจนประศาสน์	นักวิชาการอิสระ
รศ.ดร.ทวิวรรณ	ศรีสุขคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
รศ.ดร.สงครามชัยย์	ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.นพรัตน์	สงเสริม	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รศ.ดร.ธีระวุธ	ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ผศ.ดร.อารี	บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ชนิตา	ประดิษฐ์สถาพร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.พิทยา	ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.วรยุทธ	นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.เพชรเมณี	วิริยะสืบพงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พญ.จินตนา	คำภักดี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.เพชรบูรณ์	พูนผล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.จตุพร	ผลเกิด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.วิภาวี	แสนวงษา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

ฝ่ายจัดการ

นางพรรณธิดา	มูลประดับ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางชลภัสสรณ์	มีตภา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางมุกดา	งามวงศ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางสาวอภิญญา	จำปา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นายทศพงษ์	บุระมาน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
นางสาวพลอยไพลิน	เทพาธิปกรณ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี



จริยธรรมในการตีพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการ และรายงานผลการศึกษาที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจ

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องส่งบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอพิจารณาเผยแพร่ในวารสารฉบับอื่น และต้องไม่นำผลงานไปตีพิมพ์กับวารสารอื่น หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีแล้ว
2. ผู้นิพนธ์ต้องไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาอ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง
3. ข้อมูลที่นำเสนอในบทความต้องเป็นข้อเท็จจริงที่เกิดจากการศึกษาวิจัย ผู้นิพนธ์ต้องไม่บิดเบือนปลอมแปลง หรือนำเสนอข้อมูลที่เป็นเท็จ
4. คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง
5. หากเป็นบทความที่เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียใดๆ กับผู้นิพนธ์หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ที่ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการประเมิน และไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาของผลงานวิชาการที่รับประเมินอย่างแท้จริง
4. เมื่อผู้ประเมินบทความ พบว่า บทความที่รับประเมินมีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นๆ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความ

บทบาทหน้าที่บรรณาธิการ

1. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความ โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้นิพนธ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์
3. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
4. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นข้อมูลที่ชี้แจงแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้นิพนธ์
5. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ
6. บรรณาธิการต้องตรวจสอบคุณภาพของบทความก่อนการตีพิมพ์
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด
8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยเรื่องที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีคำแนะนำ ดังนี้

1. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

บทความรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป (ถ้ามี) กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

บทความพินิจวิชา (Review article)

บทความที่ทบทวน หรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความรู้ใหม่ เรื่องที่น่าสนใจ จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วย ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผู้ป่วย (Case report)

รายงานกรณีศึกษา ที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อน และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ สถานการณ์โรค ข้อมูลคนไข้ บันทึกเวชกรรม (Clinic note) ลักษณะเวชกรรม (Case description) การดำเนินโรค (Clinic course) สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์หรือข้อสังเกต การยินยอมอนุญาตของคนไข้ (informed consent) และเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมบทความ

2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน เขียนชื่อสกุลผู้นิพนธ์ (ไม่ต้องระบุคำนำหน้านาม) และสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญของแต่ละคน และใส่หมายเลขตัวยกต่อท้ายชื่อสกุล เชื่อมโยงกับสถานที่ทำงานของแต่ละคน พร้อมทั้งใส่อีเมลสำหรับติดต่อผู้นิพนธ์ (Correspondence)

2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

2.4 บทคัดย่อ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 350 คำ และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 คำสำคัญ เป็นคำที่แสดงถึงเนื้อหาของเรื่อง โดยย่อเหลือเพียงคำที่แสดงใจความสำคัญของเนื้อเรื่องที่สั้นกะทัดรัด และมีความชัดเจน เพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงเนื้อหาของเรื่องนั้นๆ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.6 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.7 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.8 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ ให้เขียนคำอธิบายไว้บนตารางแสดงผล

2.9 วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.10 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.11 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver การอ้างอิงเอกสารให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถยกเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการระบุนายการอ้างอิงในเนื้อความ ใช้หมายเลขที่ตรงกับรายการอ้างอิงท้ายบทความ โดยใส่ตัวเลขยกในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือบุคคลที่อ้างถึงโดยไม่ต้องเว้นวรรค เริ่มจาก (1) เป็นอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ

3. รูปแบบการอ้างอิง

กรณีผู้แต่งมีจำนวนไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน หากเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย “และคณะ” หรือ “et al”

3.1 วารสาร

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; เล่มที่ของวารสาร(Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ตัวอย่าง

1. You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 1980; 79(2):311-4.
2. ณัฐธิดา จินดาพล, พัทธภรณ์ คุณูปถัมภ์, พิชยานี ธีระศิลป์, นันทวรรณ กิติกรรณการณ. วิฤตระบบประกันสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไทย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29(2): 199-206.
3. Pratipanawatr T, Rawdaree P, Chetthakul T, Bunnag P, Ngarmukos C, Benjasuratwong Y, et al. Thailand diabetic registry cohort: predicting death in Thai diabetic patients and causes of death. J Med Assoc Thai. 2010; 93(3):12-20.

3.2 หนังสือ

ก. การอ้างส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนคนหรือกลุ่มเดียว

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. กองโรคติดต่อโดยแมลง. แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคมลาเรียสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน หรือ In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/P. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. เกรียงศักดิ์จีระแพทย์. การให้ส่าน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษณ์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรวิญญู, บรรณาธิการ. กุมารศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 427-78.

3.3 หนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 บทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995. 111 p.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543. 80 หน้า.

3.6 อินเทอร์เน็ต

ก. วารสารจากอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ(สืบค้นเมื่อ)]/cited ปี เดือน วันที่; เล่มที่ (volume):[หน้า]. เข้าถึงได้จาก(แหล่งข้อมูล)/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Finall AJ, McIntosh SA, Thompson WD. Subcutaneous inflammation mimicking metastatic malignancy induced by injection of mistletoe extract. BMJ [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 9]; 333(7582): 1293-4. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7582/1293>

2. อรรถพล แก้วนวล, บรรพต โลหะพุนตระกูล, กลางเดือน โพนนา. ความชุกของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในอาชีพต่างๆ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธ.ค. 2564]; 12(2):53-64. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/71404/84315>

ข. หนังสือจากอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]. เมืองที่พิมพ์: สถานที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ(สืบค้นเมื่อ)/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. เข้าถึงได้จาก(แหล่งข้อมูล)/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. Thompson RD. Textbook of infectious diseases [Internet]. New York: Lange Publisher; 2011 [cited 2007 Jan 9]. 230 p. Available from: <http://www.lange.com//content/full/333/7582/1293>
2. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2564]. 49 หน้า. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/21aug2563-1.pdf>

3.7 เอกสารที่เป็นกฎหมาย

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อหน่วยงานเจ้าของกฎหมาย. ชื่อกฎหมาย และปี. หนังสือที่เผยแพร่ เล่มที่, ตอนที่ (ลงวันที่).

ตัวอย่าง

1. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 95, ตอนที่ 30 ก ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 16 มีนาคม 2521).
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 281) พ.ศ. 2547 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 121, ตอนพิเศษ 97 ง (ลงวันที่ 6 กันยายน 2547).

4. การส่งบทความ

4.1 รูปแบบบทความ มีความยาวไม่เกิน 12 หน้า (ไม่นับรวมเอกสารอ้างอิง) ใช้โปรแกรม Microsoft Word ระยะขอบ 2.5 ซม. ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point

4.2 การส่งบทความ ให้ผู้พิมพ์ส่งบทความออนไลน์ ผ่านเว็บไซต์ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon>

4.3 ผู้พิมพ์ ต้องกรอกรายละเอียดผู้แต่งร่วมทุกคนให้ครบถ้วน พร้อมระบุชื่อ เบอร์โทรติดต่อ ในช่องข้อความถึงบรรณาธิการ

4.4 บทความวิจัย ต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้ระบุเลขที่และหน่วยงานที่อนุมัติ ไว้ในบทความ

5. กำหนดการตีพิมพ์บทความ

กองบรรณาธิการวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จะดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่บทความแบบออนไลน์ โดยเรียงตามลำดับที่ได้รับการตอบรับการเผยแพร่ (Accept Submission) ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาจากผู้ประเมินบทความ (Reviewer) จำนวน 2 ท่าน และหากมีความจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข กำหนดการตีพิมพ์บทความจะขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้พิมพ์แก้ไขบทความ



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal

สารบัญ

- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน
ตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม 9
จันทิมา มาตชายเคน, กรกวรรณ ดารุณกร
- การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี 22
อนุสร วุฒิกิจ, มณฑนา มะโนรัมย์, ศิริพร ปัญญา
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไต้หวันระยะสุดท้าย แบบประคับประคองในโรงพยาบาลเลย 34
อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์, เสริมสุข ธีธัญวัน
- ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 52
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี
ภิญญาพัชญ์ อิทธิโรจนรัตน์, พีรพัฒน์ สมบัติ, ญาณันธร กราบทิพย์,
กัมปนาท ฉายชูวงศ์, บุญมี โพธิ์คำ
- พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อ 66
และภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร – แขวงสะหวันนะเขต
พันธ์ฉวี สุขบัติ, ภัทรพร ตีสารัง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 83
ในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
กมลรัตน์ โสประโคน, กัลยา อินธิเดช, อรรถรัตน์ หวังประดิษฐ์, อภิญญา ดวงสิน, วรยุทธ นาคอ้าย
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 97
ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี
กนกนัสนันท์ ทวีทรัพย์, กิตติวรรณ มั่นถิ่น, เดชา วรรณพาหุล, วรณัฐศิลา ทรัพย์ประเสริฐ, วรยุทธ นาคอ้าย
- การทดสอบทางคลินิก ระยะที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลทางคลินิกและความปลอดภัย 109
ของวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเชื้อตายสามสายพันธุ์ (Tri Fluvac)
ในผู้ใหญ่สุขภาพดี อายุ 18-64 ปี ในจังหวัดนครพนม
เกรียงไกร ประเสริฐ, สุทธิชัย นักผูก, ณัฏฐาพร ศรีประดิษฐ์, สุริยา เนาศรี, นิชากรีย์ บำเพ็ญศิลป์,
มุกดา ปัญญาติลกพงษ์, กัลยา ศรวงค์, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ, ปราบดา ประภาศิริ
- ผลจากการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุใน 125
ผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 - 2559:
การวิเคราะห์ด้วยรูปแบบ Test negative design
เกรียงไกร ประเสริฐ, สุทธินันท์ ขวาลชิตพร, ณัฏฐาพร ศรีประดิษฐ์, สุริยา เนาศรี,
นิชากรีย์ บำเพ็ญศิลป์, กัลยา ศรวงค์, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ, ปราบดา ประภาศิริ
- ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 140
ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้
ตำบลหนองหล่ม จังหวัดลำปาง
ชัชฎาภรณ์ พิสมร, จันทกานต์ อุ่นถิ่น, ดวงฤทัย เชียงแขก, ทองสาย ใจคำ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

Factors Affecting Liver Fluke Prevention and Control Behaviors of People in Sampong Subdistrict, Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province

จันทิมา มาตชายเคน¹, กรกวรรณ ดารุณิก^{2*}
Jantima Matchaikhen¹, Kornkawat Darunikorn^{2*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค อ.ศรีสงคราม จ.นครพนม
²มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

¹BanKae Health Promotion Hospital, Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province

²Mahidol University Amnatcharoen Campus

*Correspondence to: kornkawat.dar@mahidol.edu

Received: May 1, 2023 | Revised: Sep 14, 2023 | Accepted: Sep 25, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ศึกษาในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 -70 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยได้ขนาดตัวอย่าง 307 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ปัจจัยภายในบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Multiple Logistic Regression

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพทำนา มีสถานภาพสมรส มีความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง ร้อยละ 53.40 มีทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.70 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับสูง ร้อยละ 64.20 และมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับกลาง ร้อยละ 87.30 โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปัจจัยภายในด้านความรู้ (P-Value=0.01) และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล (P-Value=0.02) ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความรู้ การดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ และแจ้งผลให้ประชาชนทราบอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: พยาธิใบไม้ตับ, พฤติกรรมป้องกันควบคุมโรค, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the effects of personal factors, intra-individual factors, and social support on the prevention and control behaviors of liver fluke disease. The sample was people aged 15 to 70 who lived in Sampong Subdistrict, Sisongkhram District, Nakhonphanom Province. The formula to estimate the sample mean was used. Three hundred seven subjects were recruited and then selected by simple random sampling. The data were collected using intra-individual factors, social support, and prevention and control behaviors of liver fluke disease with a reliability of 0.83, then analyzed by descriptive and inferential statistics with multiple logistic regression.

The study found that most of the sample, aged 45 years and older, were female, graduated from secondary school with farming experience, and married. Most of them have the knowledge and social support of preventing and controlling of liver fluke disease at a high level (53.40% and 64.20%, respectively); meanwhile, their attitudes and behaviors have a moderate level of 57.70% and 87.30%, respectively. When controlling for the influence of other factors, it was found that factors affecting the prevention and control behavior of liver fluke disease were intra-individual factors (knowledge) (P-Value=0.01) and social support factors (evaluation) (P-Value=0.02). Hence, knowledge should be strengthened, and a screening process must be followed continuously informing the public of the results.

Keywords: liver flukes, prevention and control behavior, social support

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้ในระยะแรกของการเกิดโรคอาจมีอาการที่ไม่รุนแรงนักแต่สามารถส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ประเทศขาดประชากรที่มีคุณภาพและศักยภาพในการทำงานและเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดมะเร็งของท่อน้ำดีตามมาและเสียชีวิตในที่สุด⁽¹⁾ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับ

ชนิด *Opisthorchis viverrini* เป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพชนิดที่ 1 ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือที่มีวัฒนธรรมการกินปลาปรุงดิบ ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ จากสถิติภาพรวมของประเทศ ในปี 2559-2565 พบอัตราติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16.27, 11.71, 5.65, 4.73, 4.3, 3.23 และ 3.22 ตามลำดับ โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดที่มีความชุกของโรคสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ ยโสธร ชัยภูมิ และนครพนม⁽²⁾ จากตัวเลขประมาณการณ

ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่คาดว่าติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่าสูงถึง 6 ล้านคน หรือหนึ่งในสามของประชากรของประเทศไทยที่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนี้กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังรายงานอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2559-2562 คิดเป็น 26.3, 25.1, 24.3 และ 24.8 ต่อแสนประชากร โดยพบมากในกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 40-60 ปี มีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 1,960 ล้านบาทต่อปี ถือเป็นความรุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568” เพื่อให้การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเกิดความยั่งยืน โดยตั้งเป้าหมายอัตราเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่งในปี 2568 อัตราติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่า ร้อยละ 1 ในปี 2568 และปลอดพยาธิตลอดเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1⁽⁴⁾

จังหวัดนครพนม ได้นำนโยบายดังกล่าวมาขับเคลื่อนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ส่งผลให้ความชุกของการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับมีแนวโน้มลดลง โดยปี พ.ศ. 2561-2565 พบร้อยละ 9.3, 9.4, 7.7, 5.9 และ 3.9 ตามลำดับ⁽²⁾ อำเภอศรีสงครามเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มาอย่างต่อเนื่อง โดยคัดเลือกตำบลสามผง เป็นหนึ่งในตำบลนาร่องที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาใช้ในการดำเนินงานประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ใช้กิจกรรมการยกย่องเชิดชู ประกาศเป็นหมู่บ้านต้นแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) แรงสนับสนุน

ด้านการให้การประเมินผล ใช้กิจกรรมคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) และแบบประเมินความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและท่อน้ำดี 3) การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ใช้กิจกรรมให้สุขศึกษาในชุมชนโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายทางหอกระจายข่าว ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) การให้แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือใช้ทำกิจกรรมจัดทำโปสเตอร์ เพื่อให้ประชาชนในตำบลมีความรู้ตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเลิกกินปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานขับเคลื่อนตำบลนาร่องดังกล่าวได้ผลดี สามารถสร้างกระแสในชุมชนได้ในระยะแรก แต่ภายหลังประชาชนกลับมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่นเดิม ส่งผลให้พบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้⁽⁶⁾ อายุ ระดับการศึกษา⁽⁷⁾ อาชีพ⁽⁸⁾ ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ⁽⁷⁾ การรับรู้ความเสี่ยง⁽⁸⁾ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษา การเข้าถึงข้อมูล การได้รับบริการสุขภาพ และเครื่องมือประกอบการสอน แต่สำหรับพื้นที่ตำบลสามผง ซึ่งมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยนาทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยง แต่ยังไม่สามารถทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ของประชาชนได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ของประชาชนตำบลสามผง เพื่อเป็นแนวทาง
สำหรับการลดปัจจัยเสี่ยง กระตุ้นให้ประชาชน
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนเป็นวิถีชีวิตที่
ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน
บุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม
การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของ
ประชาชน ตำบลสามผง อำเภอสรีสงคราม จังหวัด
นครพนม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน
ตำบลสามผง อำเภอสรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา
ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive
study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ
ตั้งแต่ 15-70 ปี จำนวน 1,523 คน ที่อาศัยอยู่ใน
พื้นที่รับผิดชอบทั้ง 6 หมู่บ้าน ตำบลสามผง อำเภอสรีสงคราม จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้
สูตรประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบขนาดประชากร
คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป S Size แทนค่าใน
สูตรดังนี้

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2 (N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของตัวอย่าง

P คือ ค่าระดับความสัมพันธ์ของปัญหา มีค่า
เท่ากับ 0.52 จากการศึกษาของเกษร แถวโนนจัว⁽⁹⁾
กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมมารีโภคปลาดิบที่เสี่ยง
ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 52.60

d คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม มีค่า
เท่ากับ 0.05

Z คือ ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ =
1.96

R คือ ค่าความแม่นยำสัมพัทธ์ มีค่าเท่ากับ
0.083

N คือ ขนาดของประชากรทั้งหมด มีค่า
เท่ากับ 1,523

แทนค่าตามสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน
307 ราย กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ ประชาชนอายุ
15-70 ปี อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค 6 เดือนขึ้นไป ยินดี
เข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ป่วย
ด้วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี มีสติสัมปชัญญะ
ไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถสื่อสารกันเข้าใจโดยใช้
ภาษาไทย จากนั้นสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย
ตามสัดส่วนในแต่ละหมู่บ้าน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบ
สัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
อายุ เพศ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และ ระดับ
การศึกษา แบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยภายในบุคคล
ประกอบด้วย ด้านความรู้ จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถาม
ให้เลือกตอบถูก ผิด โดยแปลผลระดับความรู้ เป็น
3 ระดับ ได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 0 – 3 คะแนน หมายถึง
ระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 4 – 6 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 7 – 9 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนข้อคำถามทัศนคติ จำนวน 11 ข้อ มีทั้งด้านบวกและลบ ตั้งแต่ระดับเห็นด้วยมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด แปลผลโดยใช้แบบอิงกลุ่มเป็น 3 ระดับ ตามทฤษฎี Best, John W., James V. Kahn⁽¹⁰⁾ ได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับมาก

คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1.00–2.33 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ มีทั้งด้านบวก และด้านลบ แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับเห็นด้วยมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด แปลผลโดยใช้แบบอิงกลุ่มเป็น 3 ระดับตามทฤษฎี Best, John W., James V. Kahn⁽¹⁰⁾ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1.00–2.33 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ถึงไม่ปฏิบัติเลย แปลผลโดยใช้แบบอิงกลุ่มเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

คะแนนระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1.00-2.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.81 และนำเครื่องมือที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่ตำบลหาดแพง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นแบบสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วย Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.87, 0.84 และ 0.81 ตามลำดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.83

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้รับอนุมัติเลขที่ REC 016/66 ลงวันที่ 7 เมษายน 2566 จัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาจาก ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแค และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2566 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติถดถอย Multiple logistic regression

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.60 เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพทำนา ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้มีรายได้ ร้อยละ 72.30 มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 3,000 บาท ร้อยละ 52.40 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.70

2) ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาพรวมประชาชนพื้นที่ตำบลสามผง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง ร้อยละ 53.40 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ประชาชนพื้นที่ตำบลสามผงตอบถูก สูงที่สุดคือ “มะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้น สามารถรักษาให้หายขาดได้” ร้อยละ 85.00 แต่ยังมีข้อที่มีการตอบถูก น้อยที่สุดคือ “วิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ดีที่สุด คือ การกินยารักษา” ร้อยละ 42.00 เป็นความรู้ที่ต้องรับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม

3) ทักษะคติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาพรวมทักษะคติของประชาชนในพื้นที่ตำบลสามผง มีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.70 เมื่อพิจารณารายข้อ โดยมีข้อที่มีระดับทัศนคติระดับมากที่สุด คือ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคนที่ท่านรักและครอบครัว” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (S.D.=0.99) แต่ทัศนคติการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง น้อยที่สุดคือ “โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังโรครุนแรง ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 (S.D.=1.41)

4) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพรวมแรงสนับสนุนทางสังคมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับสูง ร้อยละ 64.20 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับมากที่สุดคือ “ต้องการคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุข ในการเลิกกินปลาดิบป้องกันการเกิดพยาธิใบไม้ตับ” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 (S.D.=0.95) แต่แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีระดับมาก น้อยที่สุดคือ “การป่วยหรือตายด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับของคนอื่นๆ ในชุมชนมีผลต่อการเลิกกินปลาดิบ” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (S.D.=1.26)

2. พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ภาพรวมของพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ตำบลสามผง มีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับกลาง ร้อยละ 87.30 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด คือ “ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีการถ่ายอุจจาระลงส้วม” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 (S.D.=0.23) แต่ข้อที่มีระดับพฤติกรรมในระดับต่ำ คือ “ในรอบ 3 ปี เคยตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับตามที่สถานบริการสุขภาพจัดรณรงค์ตรวจคัดกรอง” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 (S.D.=0.71) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องได้รับการแก้ไขให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลสามผง

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	39	12.70
ระดับกลาง	268	87.30
ระดับต่ำ	0	0.00
Mean (S.D.)	2.12 (0.33)	

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ได้แก่ ปัจจัยภายใน

ด้านความรู้ (P-Value=0.01) และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล (P-Value=0.02) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลสามผง

ปัจจัย	Crude OR	Adjusted OR	SE	P-Value	95%CI
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ (ชาย/หญิง)	1.54	1.54	0.23	0.06	0.97 - 2.42
สถานสมรส (สมรส/หม้าย โสด หย่า)	0.71	0.71	0.23	0.14	0.45 - 1.11
ระดับการศึกษา (ไม่ได้ศึกษา/มีการศึกษา)	1.03	0.92	0.08	0.38	0.77 - 1.10
ปัจจัยภายในบุคคล					
ความรู้ (ต่ำ-ปานกลาง/สูง)	1.84	1.84	0.24	0.01*	1.14 - 2.96
ทัศนคติ (ต่ำ-ปานกลาง/สูง)	0.48	0.48	1.24	0.56	0.04 - 5.54
แรงสนับสนุนทางสังคม					
ด้านอารมณ์ (ต่ำ-ปานกลาง/สูง)	0.70	0.79	0.27	0.39	0.46 - 1.34
ด้านการให้การประเมินผล (ต่ำ-ปานกลาง/สูง)	0.48	0.54	0.27	0.02*	0.31 - 0.93
ด้านข้อมูลข่าวสาร (ต่ำ-ปานกลาง/สูง)	0.56	0.70	0.31	0.27	0.38 - 1.31
ด้านเครื่องมือ (ต่ำ-ปานกลาง/สูง)	1.04	1.47	0.29	0.18	0.82 - 2.64

วิจารณ์

1. คุณลักษณะของปัจจัยภายในบุคคล

ภาพรวมประชาชนพื้นที่ตำบลสามผง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับสูง ร้อยละ 53.40 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Kaewpitoon N. และคณะ⁽¹¹⁾ และการศึกษาของ วาที สิทธิ⁽¹²⁾ พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดี แต่ในการศึกษาของประเสริฐ ประสมรักษ์⁽¹³⁾ พบว่ามีระดับความรู้ในระดับปานกลางถึงน้อย จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าประชาชนพื้นที่ตำบลสามผง มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูงเกินร้อยละ 50 ไม่น่าแปลก ดังนั้น การดำเนินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข “อีสานไม่กินปลาดิบ” เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 และการดำเนินยุทธศาสตร์ทศวรรษ การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568⁽¹⁴⁾ ควรมีการสื่อสารให้ประชาชนกลุ่มที่มีระดับความรู้ในระดับปานกลางถึงน้อยได้พัฒนาความรู้ และได้รับการตรวจคัดกรองจากสถานบริการสุขภาพของรัฐอย่างต่อเนื่อง

ทัศนคติของประชาชนในพื้นที่ตำบลสามผงภาพรวม มีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewpitoon N. และคณะ⁽¹¹⁾ และวาที สิทธิ⁽¹²⁾ โดยพบว่า ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีระดับทัศนคติระดับปานกลางถึงดี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากค่านิยมของคนรุ่นใหม่ต่อการกินปลาดิบ อาหารสุกๆ ดิบๆ เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งปลาร้าดิบที่เคยเป็นเครื่องปรุงที่ใช้ในอาหารอีสาน ปัจจุบันครัวเรือนส่วนใหญ่บริโภคปลาร้าขวดเพิ่มขึ้น จึงเหลือเพียงกลุ่มคนที่ยึดติดค่านิยมเดิมที่ยังมี

ทัศนคติเอื้อต่อการรับประทานอาหารเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. แรงสนับสนุนทางสังคม ภาพรวมแรงสนับสนุนทางสังคมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับสูง ร้อยละ 64.20 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ทุกข้อมีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก อาจสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการป้องกันและตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับจากบุคลากรทางสาธารณสุข สื่อโปสเตอร์ณรงค์ หอกระจายข่าว และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ตลอดจนการมีบุคคลในชุมชนป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงตามไปด้วย^(7,8)

3. พฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ภาพรวมมีพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับปานกลาง ร้อยละ 87.30 สอดคล้องกับการศึกษาของกิจพณ ศรีธานี และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลลำคอง อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระดับปานกลาง ร้อยละ 73.7 ซึ่งมีสาเหตุเนื่องจากประชาชนบางส่วนในตำบลสามผง ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เช่น ลาบ ก้อย ปลาดิบ ส้มปลาน้อย ปลาจ่อม ส้ม/แหนมดิบ และปลาร้าดิบ และเข้ารับการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ตามสถานบริการสุขภาพที่มีการจัดตรวจคัดกรองในระดับต่ำ โดยเฉพาะการเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อการค้นหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ยังมีประชาชนบางส่วนที่รังเกียจในการที่จะเก็บอุจจาระตนเองส่งตรวจ บางคนเลือกที่จะไม่ตรวจ แต่ใช้การซื้อยาถ่ายพยาธิหรือยาฆ่าพยาธิตาม

ร้านค้า ร้านยารับประทานเอง ทั้งนี้ประชาชนกลุ่มนี้ หากมีความเชื่อมั่นว่ายาดังกล่าวช่วยถ่ายหรือฆ่าพยาธิได้ ก็จะทำให้ไม่เห็นความจำเป็นที่จะเลิกพฤติกรรมมารับประทานอาหารเสี่ยง

4. ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

1) เพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อาจมีสาเหตุมาจากอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่มักจะรับประทานด้วยกันทั้งครอบครัว จึงทำให้โอกาสเสี่ยงในการบริโภคทั้งเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของชญาภัทร พันธุ์งาม และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตตำบลหนองแก้ว อำเภอหนองแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value}<0.001$) และการศึกษาของวันชัย เหล่าเสถียร⁽¹⁷⁾ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษเช่นกัน ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มักมีความคิดการตระหนักรู้ในการป้องกันตนเองจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเพศชาย

2) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชัย กามโร และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น พบว่า สถานภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่

มีสถานภาพสมรส และการศึกษาของณัฐยานุญมาก และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหนองพยาธิ อาจสรุปได้ว่า สถานภาพสมรสส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากคู่สมรสสามารถดักเตือน ห้ามปรามตลอดจนช่วยกันให้คำแนะนำ เพื่อให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพที่แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วย

3) อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนพื้นที่ตำบลสามผง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value}<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจรศักดิ์ พันธุ์ชัย และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value}<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย เหล่าเสถียรกิจ และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559 พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ทำจากอาหารปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ อธิบายได้ว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงเนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

4) ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ตำบลสามผง ($P\text{-Value}<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของธนากร วรัมพร และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (P-Value<0.05) แต่ในการศึกษาของ ศศิธร เจริญประเสริฐ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า กลุ่มที่ไม่ติดเชื่อซ้าจะมีการปฏิบัติตัวในระดับดีมากกว่ากลุ่มติดเชื่อซ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value=0.03) สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลมีระดับความรู้ระดับดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีตามไปด้วย ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับสูง และมีความต้องการคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีในระดับมาก จึงส่งผลให้ความรู้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับตามไปด้วย

5) ทศนคติ การศึกษาค้นพบว่า ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางถึงสูง แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของวาที สิทธิ⁽¹²⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทศนคติในระดับปานกลางถึงดี แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ และการศึกษาของ ศศิธร เจริญประเสริฐ และคณะ⁽⁶⁾ พบปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และทศนคติต่ออุปสรรค ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื่อซ้าโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับทศนคติในระดับปานกลางถึงสูง เนื่องจากการได้รับการตรวจคัดกรอง การสร้างความรอบรู้ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้มีทศนคติที่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่เป็นทุนเดิม แม้ประชาชนจะมีทศนคติที่เหมาะสม แต่มิได้สะท้อนพฤติกรรมที่เหมาะสม

6) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล จากการศึกษาพบว่า การได้รับการประเมินผลหรือการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value=0.02) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร ฤกษ์ทอง และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (P-Value<0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศักดิ์ชัย กามโร และคณะ⁽⁸⁾ พบว่าการได้รับการตรวจอุจจาระหาหนอนพยาธิ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value<0.05) อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผลอาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งนโยบายของรัฐในการรณรงค์ตรวจคัดกรองและจ่ายยารักษาแก่ผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิ ทำให้ประชาชนเกิดการตระหนักรู้และตื่นตัวในการใส่ใจตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ไม่ให้เป็นผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1) ควรจัดกิจกรรมเชิงรุกในการบริการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ เป็นประจำ โดยมีการแจ้งผลถึงระดับบุคคล พยากรณ์โอกาสเสี่ยง ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนด้านการประเมินผล

2) ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทั้งระดับบุคคล องค์กรชุมชน ในรูปแบบการบูรณาการทุกภาคส่วน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรพัฒนารูปแบบการประเมินผลหรือการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพวิถีใหม่
- 2) ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) ควรศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มที่มีทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

เอกสารอ้างอิง

1. กนกวรรณ นุชประมูล, ญาณิดา รัชนิวัติ, ทวี นาคหล่อ, บุษรัตน์ สุลีสถียร, ปณิธาน ประดับพงษา, ปานจิต ธรรมศรี และคณะ. การศึกษาประสิทธิภาพของการบันทึกพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ บ้านทุ่งเหียง ต.ท่ากระดาน อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา. วารสารเวชสารแพทยทหารบก 2552; 5(62):27-42.
2. พัชราภา วาจนสุนทร. แผนงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2566. การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหนอนพยาธิและการใช้ระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังหนอนพยาธิในเด็กและเยาวชน; 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566; ศูนย์ประชุมสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2566.
3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายจากมะเร็งตับ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=786>
4. กุลธิดา โพลรัตน์, ชนิกา วรสิษฐ์, ไพบูล สิทธิถาวร. การตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลต้นแบบโดยการตรวจปัสสาวะ. จุลสารศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี 2560; 2(6):14.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
6. ศศิธร เจริญประเสริฐ, ญัฐพันธ์ จันสมุทร, พุทธิไกร ประมวล. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2565; 1(1):16-28.
7. รัชนิกร กุญแจทอง, สุมาลิ จันทลักษณ์, ศุจินันท์ ตรีเดช, สมจิตร พันธุ์โพธิ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. วารสารควบคุมโรค 2564; 47(2):1191-202.
8. ศักดิ์ชัย กามโร, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2559; 22(2):5-18.
9. เกษร แถวโนนจิว, อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทรมหา. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดเลยปี 2556. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2556; 22(1):89-97.

10. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 5th edition. New Jersey: Prentice Hall; 1986.
11. Kaewpitoon N, Kaewpitoon S, Pengsaa P, Pilasri C. Knowledge, attitude and practice related to liver fluke infection in northeast Thailand. World Journal of Gastroenterology 2007; 13(12): 1837-40.
12. วาที สิทธิ. ความรู้ ทักษะ การยอมรับปฏิบัติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค 2564; 41(1):38-47.
13. ประเสริฐ ประสมรักษ์. เปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน ในประชากรกลุ่มเสี่ยงพื้นที่รอบแหล่งน้ำชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(6):628-34.
14. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปีในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 25 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.181.6/ebook_3504/file_upload/00339/03876/yasopho-599042.pdf
15. กิจปพน ศรีธานี, สุรัตนา เหล่าไชย, ปภาวี รัตนธรรม, นภาพร พงษ์วิชัย, จิรารัตน์ เครือศรี, จุฬารัตน์ กันยาสุต และคณะ. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลลำคลอง อำเภอมืองจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2560; 11(3):23-30.
16. ชญาภัทร พันธงาม, รมย์กมล วิจิตรจันทร์, ดาวเรือง สายจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านหนองแก้ว ตำบลหนองแก้ว อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา 2560; 4(1):146-51.
17. วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, ศศิธร เจริญประเสริฐ, กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล, ศักรินทร์ บุญประสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆดิบๆของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(6):1-12.
18. ณัฐยานันท์ บุญมาก, วรรณภา เนาวชาโย, คลชัย เลิศวิจิตรอนันต์, อุทัย อร่ามเรือง. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิในประชาชนอายุ 45-55 ปี หมู่ 6 บ้านหนองแวง ตำบลโพธิ์เขวา อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา 2560; 4(2):126-34.
19. ขจรศักดิ์ พันธุ์ชัย, เกษมณี พิทักษ์, นิยม จันทร์นวล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคปลาดิบของประชาชนตำบลเหล่ากวาง อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2565; 11(1):6-15.

20. ธนากร วรัมพร, ยุวดี สาระพันธ์, สุนิศา
แสงจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ
ประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านชัยถาวร ตำบล
ไทยอุดม อำเภอลองหาด จังหวัดสระแก้ว.
วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563;
3(2):16-30.

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

Development of Fast Track Service System model for Stroke risk group at Laemsing Hospital, Chanthaburi Province

อนุสร วุฒิกิจ*, มันทนา มะโนรมย์, ศิริพร ปัญญา

Anusorn Wuttikit*, Mantana Manorom, Siripron Panya

โรงพยาบาลแหลมสิงห์ อ.แหลมสิงห์ จ.จันทบุรี

Laemsing Hospital, Laemsing distric, Chanthaburi province

*Correspondence to: ouder.ls@hotmail.com

Received: May 26, 2023 | Revised: Aug 30, 2023 | Accepted: Sep 25, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของสติงเกอร์มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด จำนวน 49 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน กลุ่มที่ 2 เป็นแพทย์ผู้รับผิดชอบ NCD clinic จำนวน 1 คน กลุ่มที่ 3 เป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบ NCD clinic จำนวน 4 คน และกลุ่มที่ 4 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 14 คน ขั้นตอนการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พินิจวิเคราะห์ ระยะที่ 2 คติวิเคราะห์ และระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประเด็นการประชุม คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน และแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 2MP ประกอบไปด้วย 1) M (Man) คือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและอสม. 2) M (Material) ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และ 3) P (process) ได้แก่ กระบวนการในการเตรียมพัฒนารูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้และการประเมินผล ภายหลังการพัฒนารูปแบบพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีทักษะในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ร้อยละของการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนได้ทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 63.33 นาที

ผลการศึกษาที่ได้ โรงพยาบาลแหลมสิงห์ควรนำรูปแบบที่เกิดขึ้น และหน่วยงานทางด้านสุขภาพที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกันควรนำรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่

คำสำคัญ: รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน, กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, โรงพยาบาล

Abstract

According to Stinger's conceptual framework, the purposes of this action research are to 1) develop a model of the Fast Track Service System for Stroke risk group and 2) assess the effectiveness of the Fast Track Service System for Patients models for Stroke risk group at Laemsing Hospital. A total of 49 participants were purposively sampled including 30 stroke patients who came to Laemsing Hospital in Chanthaburi Province for services, 1 doctor in charge of the NCD clinic, 4 nurses in charge of the NCD clinic, and 14 village health volunteers. The research process is divided into three stages: Look, Think, and Action phases. Meeting issues, a stroke awareness guide, innovations, Fast Track Service System access activities, and questionnaires are among the research tools used. Content analysis was used to analyze the qualitative data, and statistical statistics and the paired t-test were used to analyze the quantitative data.

The results revealed that the model of the Fast Track Service System for Stroke risk group was 2MP, consisting of 1) M (Man), indicating that the person involved was a health worker, and village health volunteers. 2) M (Material), which refers to materials, equipment, and tools; and 3) P (Process), which refers to the process of developing a model for implementation and evaluation. After the development of the model, it was discovered that participants had statistically significant higher knowledge about stroke after participating in the activity than before ($p\text{-value} < 0.001$) and statistically significant higher self-management skills after participating in the activity than before ($p\text{-value} < 0.001$). With an average time of 63.33 minutes, the percentage of Door to Door time is 100%.

Laemsing Hospital should use the model to serve patients at Stroke risk group, and health care organizations with comparable issues should adopt a model for the Fast Track Service System for Stroke risk group to patients in their area.

Keywords: Fast Track Service System model, patients at risk of Stroke, hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลกในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และองค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก โดยในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 6.5 ล้านคน พบว่า 1 ใน 6 ล้านคนของประชากรโลกมีโอกาที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน และประมาณการณ์ว่าแนวโน้มจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2535-2563⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556-2558 เท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽²⁾ โดยมีนโยบายในการดำเนินงาน Service plan สาขา Stroke มีเป้าหมายหลักคือ 1) ลดอัตราการตาย 2) เพิ่มการเข้าถึงที่มีคุณภาพ 3) ลดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนการกลับมาเป็นซ้ำ 4) ลดความพิการ โดยเป้าหมายปี 2563 ร้อยละการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง น้อยกว่าร้อยละ 7 มาตรการที่สำคัญในการดำเนินงานคือ 1) การพัฒนาองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยและประชาชน 2) พัฒนาเครือข่ายในการดูแล Hemorrhage Stroke 3) จัดตั้ง Stroke unit ในหน่วยบริการระดับM ขึ้นไป และ 4) จัดให้มี Stroke rehabilitation

ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ข้อมูลจากเขตบริการสุขภาพที่ 6 จังหวัดจันทบุรี พบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรปี 2555-2557 เท่ากับ 5.22, 4.54 และ 0.29 ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี

โรงพยาบาลแหลมสิงห์เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ระบบส่งต่อจึงเป็นบทบาทที่สำคัญจากสถิติพบโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการส่งต่อเพื่อการรักษาเป็นลำดับที่ 1 ของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโรงพยาบาลแหลมสิงห์ทุกปีในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่อำเภอแหลมสิงห์ ปี 2560-2563 เท่ากับ 58, 70, 107 และ 85 ราย โดยผู้ป่วยเหล่านี้สามารถเข้าถึงระบบบริการทางด่วนได้เพียงร้อยละ 43.70, 52.24, 42.68 และ 27.27 ที่เหลือเข้าถึงบริการช้า ไม่สามารถส่งต่อในระบบ Stroke Fast track ได้ ผลจากการทำ R2R ที่ผ่านมารี่องผลของรูปแบบ Stroke alert ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความตั้งใจในการเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ ปี 2560 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้และความตั้งใจในการมาโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=4.248$, $P<.001$) ส่งผลให้อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการได้เร็วในปี 2560-2562 แต่ปัญหาพบว่าการใช้รูปแบบ Stroke alert ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น และอีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่ซ้ำ

คนเดิม ทางคณะผู้วิจัยได้มีความคิดเห็นว่า สมควรจัดให้มีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรีขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบที่เพิ่มจากเดิมและใช้บุคลากรระดับที่สูงขึ้นคือ แพทย์ มาร่วมพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ โดยงานวิจัยนี้คณะผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของสติงเกอร์⁽³⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามกรอบแนวคิดของสติงเกอร์⁽³⁾ ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Look phase (พินิจวิเคราะห์) การศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 2 Think phase (คิดวิเคราะห์)

2.1 ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาศึกษาวิเคราะห์ และร่างกิจกรรมการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ โดยทีมผู้วิจัยมีแนวความคิดเห็นตรงกันว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงควรมีความรู้เรื่องโรค

หลอดเลือดสมองก่อนเป็นอันดับแรก เห็นควรให้มีการปรับกระบวนการบริการสำหรับคลินิก NCD โรคความดันโลหิตสูง โดยมีการกำหนดเครื่องมือและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง จัดทำคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และจัดทำเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะที่ 3 Act Phase (การปฏิบัติการ)

3.1 นำกิจกรรมการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในทีมผู้วิจัย หลังจากมีการดำเนินการวางแผนเสร็จสิ้น จึงเป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและทักษะในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดให้มีการปรับกระบวนการบริการ ดังนี้ 1) ทุกวันที่มีบริการคลินิกความดันโลหิตสูง พยาบาลประจำคลินิกทำการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 2) แพทย์ มาถึงคลินิกร่วมกับทีมผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแบบเจาะลึกทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยการใช้เครื่องมือและนวัตกรรมเข้ามามีส่วนร่วม ใช้เวลา 30 นาที ประเด็นการให้ความรู้และการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง, สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง, อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง, การรักษา, การสร้างสถานการณ์จำลอง, การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ, การประเมินภาวะเสี่ยงด้วยตนเองโดยดูข้อมูลจากสมุดประจำตัว ได้แก่ ค่าความดันโลหิตที่มากกว่า 139/89 mmHg ผลตรวจเลือดประจำปีที่มีค่าไขมันไม่ดี (LDL) มากกว่า 100 เฟอร์เซ็นต์ ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (CVD risk score) ที่มากกว่า 20 และการจัดการตนเองเมื่อมีอาการ

เตือนของโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมจากปัสมาดประจำตัวผู้ป่วย การใช้ประโยชน์จากนวัตกรรม EMS Mapping และการทำแบบสอบถาม

3.2 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยประเมินความรู้และทักษะในการจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้น จากการทำแบบสอบถาม Pre test – Post test และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบบริการทางด่วนได้เพิ่มขึ้นโดยดูจากข้อมูลระยะเวลา Door to Door time

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำแบบสอบถาม Pre test – Post test เริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ทราบถึงรายละเอียดของกิจกรรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและผลประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับคือ มีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและมีทักษะในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมกับมีช่องทางในการเข้ารับบริการอย่างรวดเร็วจากบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าบริการใดๆ ลำดับต่อไป อสม. แจกแบบสอบถาม (Pre test) ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำก่อนให้ความรู้ โดยมีการบันทึกเลข HN ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนไว้ที่หัวกระดาษ ขมขวนบนและแจกแบบสอบถามให้ทำอีกครั้ง (Post test) ขณะนั่งรอรับยา ซึ่งมีระยะเวลาการทำแบบสอบถามห่างกันประมาณ 60 นาที ต่อจากนั้น อสม. จัดชุดแบบสอบถาม Pre test – Post test ให้ครบตามจำนวน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละฉบับ

2. การเก็บข้อมูลระยะยาว เป็นการติดตามการเข้าถึงระบบบริการได้ทันเวลา เมื่ออาจมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองโดยดูจากข้อมูลระยะเวลา Door to Door time

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยมี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มี CVD risk อยู่ในระดับสูงมากและสูงอันตราย อายุไม่เกิน 70 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีความสามารถในการตัดสินใจ อ่านและเขียนหนังสือได้ มีโทรศัพท์และใช้งานเป็น จำนวน 156 คน 2) แพทย์ผู้รับผิดชอบ NCD clinic จำนวน 5 คน 3) พยาบาลผู้รับผิดชอบ NCD clinic จำนวน 4 คน 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 130 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการโรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี มีการคำนวณขนาดตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบ ใช้สูตรของโคเฮน⁽⁴⁾ โดยกำหนดค่า effect size = 0.06 ค่า power = 0.07 ค่า α = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 27 คน แต่เนื่องจากระหว่างการทดลอง อาจเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 9 ได้จำนวนตัวอย่าง 30 คน 2) แพทย์ผู้รับผิดชอบ NCD clinic เลือกแบบเจาะจงเป็นแพทย์ที่ทำงาน NCD clinic จำนวน 1 คน 3) พยาบาลผู้รับผิดชอบ NCD clinic เลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาลที่ทำงาน NCD clinic จำนวน 4 คน และ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) เลือกแบบเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน NCD โดยตรง จำนวน 14 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการได้เป็นอย่างดี รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 Look phase เป็นเวทีการประชุมทีมวิจัย โดยมีประเด็นการพูดคุยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น สาเหตุของปัญหา และทำความเข้าใจ ได้แก่ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นในเขตอำเภอแหลมสิงห์ โรคร่วมส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงระบบบริการซ้ำเนื่องมาจากการขาดความรู้และขาดทักษะในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 Think phase เป็นเวทีการประชุมระดมความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ร่างรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย และคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 3 Act Phase

3.1 เครื่องมือที่ใช้ระยะการนำรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ ได้แก่ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย, คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง, เอกสารรายงานผลตรวจเลือดประจำปี (อยู่ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย), โทรศัพท์มือถือของผู้วิจัยและของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง, คู่มือ EMS Mapping, การโหลดใช้แอปพลิเคชัน 1669 และสมุดประจำตัวผู้ป่วย NCD clinic ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมข้อมูลดังนี้

- ปกสมุดด้านหน้า มี 1) เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลแหลมสิงห์ 039-444300 2) ข้อความเจ็บป่วยฉุกเฉิน มาโรงพยาบาลทันที โทรเบอร์ 1669 ฟรี 24 ชม. และ 3) QR code ถามหมอแหลมสิงห์

- ปกสมุดด้านหลัง มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง FAST ที่ต้องไปโรงพยาบาลทันที ได้แก่ F > Face ยิ้มหรือยงฟัน ปากเบี้ยว มุมปากตก

A > Arm ยกแขน 2 ข้าง นาน 10 วินาที แขนข้างหนึ่งตก ยกไม่ขึ้น

S > Speech ให้พูดตาม พูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง ไม่พูด

T > Time ดูเวลาที่ผิดปกติ และรีบมาโรงพยาบาล

3.2 เครื่องมือที่ใช้ระยะประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับใช้เก็บรวบรวมข้อมูล (Pre test - Post test) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ พฤติกรรมส่วนตัว เรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติโรคประจำตัว ความถี่ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือการมาตรวจตามนัด ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ญาติสายตรง) เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ข้อใหญ่ 7 ข้อย่อย ลักษณะคำถามเป็นการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินเกี่ยวกับทักษะการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง 3 ระดับ ได้แก่ ทำได้ครบ ทำได้บางส่วน และทำไม่ได้

โดยแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ ทดลองใช้กับผู้ป่วย NCD clinic จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .86 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากเวทีการประชุมใช้การตรวจแบบสามเส้า (Triangulation Investigation) โดยให้ทีมนักวิจัยตรวจสอบประเด็นข้อมูลที่ได้จากเวทีประชุมร่วมกัน

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใบรับรองเลขที่ 072/64 โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ผลการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. จากผลการศึกษาสภาพปัญหาจากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นในเขตอำเภอแหลมสิงห์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบบริการช้าไม่สามารถส่งต่อในระบบ Stroke Fast track เพื่อไปให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทัน เนื่องจากขาดความรู้และขาดทักษะในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และจากข้อมูลการทำ R2R ปี 2560 เรื่องผลของรูปแบบ Stroke alert ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความตั้งใจในการเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และความตั้งใจในการมาโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=4.248$, $P<.001$) ส่งผลให้อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้นในปี 2560-2562 แต่ปัญหาพบว่ามีการใช้รูปแบบ Stroke alert ไม่ต่อเนื่องประกอบกับจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น และอีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่ซ้ำคนเดิม น่าจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางด่วนลดลงในปี 2563 จึงได้มีการปรับให้มีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ขึ้น และจากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 2MP ที่ประกอบไปด้วย

1) M (Man) หมายถึงบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ ผู้รับผิดชอบ NCD clinic จำนวน 1 คน พยาบาล ผู้รับผิดชอบ NCD clinic จำนวน 4 คน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 14 คน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 30 คน รวมผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 49 คน

2) M (Material) หมายถึง วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ได้แก่ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วม กิจกรรม, คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง, เอกสารรายงานผลตรวจเลือดประจำปี (อยู่ในสมุดประจำตัวผู้ป่วย), โทรศัพท์มือถือของผู้วิจัย และของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง, คู่มือ EMS Mapping, การโหลดใช้แอปพลิเคชัน 1669, สมุดประจำตัวผู้ป่วย NCD clinic และแบบสอบถาม

3) P (process) ได้แก่ กระบวนการในการเตรียมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยการศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการ จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลำดับต่อมา เป็นการประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อกำหนดรูปแบบการ พัฒนา ต่อมาเป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติโดยเน้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและ ทักษะในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรค หลอดเลือดสมอง กำหนดให้มีการปรับกระบวนการ บริการ คือทุกวันที่มีบริการคลินิกความดันโลหิตสูง พยาบาลประจำคลินิกทำการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยง แพทย์มาถึงคลินิกร่วมกับทีมผู้วิจัยให้ความ รู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแบบเจาะลึกทั้ง รายกลุ่มและรายบุคคล โดยการใช้เครื่องมือและ นวัตกรรมเข้ามามีส่วนร่วม

2. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการ เข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรค หลอดเลือดสมอง จากการทำแบบสอบถาม ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม ทั้งหมดจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 43.33 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่ มากกว่า 25 ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.30 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ 26.70 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 66.70 พฤติกรรมส่วนตัวเรื่องการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบเลย ร้อยละ 83.30 พฤติกรรม ส่วนตัวเรื่องการดื่มสุรา ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเลย ร้อยละ 73.30 ประวัติโรคประจำตัว ผู้เข้าร่วม กิจกรรมมีโรคประจำตัวทุกคน และทุกคนเป็น โรคความดันโลหิตสูง ความถี่ในการเข้ารับบริการ ทางการแพทย์หรือการมาตรวจตามนัด ส่วน ใหญ่มาโรงพยาบาล 3-4 ครั้ง/ปี ร้อยละ 83.30 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีญาติ สายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมอง ขาดเลือดชั่วคราว ร้อยละ 63.30 การได้รับความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เคย ได้รับความรู้มาแล้วร้อยละ 93.30

2.2 ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่มีจำนวน และร้อยละมากที่สุด ได้แก่ ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือด สมองเมื่อเป็นแล้วมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีก โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 93.30 หลังเข้า ร่วมกิจกรรมร้อยละ 100 และข้อคำถามที่ผู้เข้า ร่วมกิจกรรมตอบได้คะแนนน้อยสุดทั้งก่อนและ หลังเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ท่านรู้จักเปอร์เซ็นต์ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (CV Risk score) ใช่หรือไม่ โดยก่อนเข้าร่วม กิจกรรมร้อยละ 26.70 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 83.30 พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีทักษะในการจัดการตนเองได้น้อยสุด ได้แก่ ข้อคำถาม ท่านทราบจุดนัดพบ (EMS Mapping) ในการรอรถฉุกเฉิน ในละแวกบ้านที่ท่านอาศัยอยู่หรือไม่ (ปัจจุบันมีหมู่บ้านละ 2 จุด) ร้อยละ 10.00 และมีทักษะมากสุดในเรื่องของท่านทราบหรือประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากข้อมูลในสมุดประจำตัว ร้อยละ 23.30 โดยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีทักษะในการจัดการตนเองได้น้อยสุด ได้แก่ ข้อคำถาม การจัดการตนเอง เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 60.00 (เกี่ยวกับการโทร.เบอร์1669/โทร.เบอร์โรงพยาบาล แหลมสิงห์ 039-444300 ต่อ 125 / การใช้ App. EMS 1669/และการสแกน QR code (ถามหมอ

แหลมสิงห์) และมีทักษะมากสุดในเรื่องของท่านทราบจุดนัดพบ (EMS Mapping) ในการรอรถฉุกเฉิน ในละแวกบ้านที่ท่านอาศัยอยู่หรือไม่ (ปัจจุบันมีหมู่บ้านละ 2 จุด) ร้อยละ 93.30

2.3 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.590$, $p\text{-value} < 0.001$) และมีทักษะในการจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.145$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีทักษะในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติ paired t-test ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทำกิจกรรม

ผลลัพธ์		จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรม (คน)	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
ความรู้	ก่อน	30	7.266	1.529	-5.590	0.000
	หลัง	30	8.800	.550		
ทักษะ	ก่อน	30	2.300	1.600	-11.145	0.000
	หลัง	30	5.366	.808		

2.4 จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 30 คนป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 คน ได้แก่ ลำดับที่ 1, 9 และ 10 เข้าถึงระบบบริการ

ทางด่วนได้ทันเวลา (Door to Door time) ทั้ง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 63.33 นาที ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยเวลาการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน (Door to Door time) และร้อยละการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนได้ทันเวลา ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรม (คน)	กลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองคนที่ ...	Door to Door time (นาที)	X	ร้อยละของการเข้าถึงทันเวลา
30	1	70	63.33	100
	9	60		
	10	60		

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี คือ 2MP ซึ่งมีองค์ประกอบ 1) M (Man) คือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และอสม. 2) M (Material) ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และ 3) P (process) ได้แก่ กระบวนการในการเตรียมพัฒนารูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้และการประเมินผล ซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นนี้ได้ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นและมีทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกชพรรณ ศรีท้วม⁽¹⁾ ที่ทำการศึกษารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่ารูปแบบนี้ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเข้ารับบริการทันเวลา ลดการเสียชีวิตและลดความพิการลงได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย มานะธนะ⁽²⁾ ที่ทำการศึกษามาตรการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

และญาติตำบลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการใช้เครื่องมือบางอย่างที่คล้ายคลึงกันในส่วนของการทำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะ และได้ทำในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการศึกษาของบุญญรัตน์ เพิกเดช⁽⁵⁾ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และของยุวดี ผงสา⁽⁶⁾ เรื่องผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีความแตกต่างกันที่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและลดการสูญเสียชีวิต

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี พบว่ามีผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนเลย และ

ส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ จากเพื่อน/คนรู้จัก จากวิทยุ/โทรทัศน์ และจากป้ายโฆษณา/ประชาสัมพันธ์/เอกสาร/แผ่นพับ และจากการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงานพบการเข้าถึงระบบบริการช้าไม่สามารถส่งต่อในระบบ Stroke Fast track เพื่อไปให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทัน หลังการใช้รูปแบบพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) มีทักษะในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และร้อยละของการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนได้ทันเวลาคิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 63.33 นาที (เป้าหมายไม่เกิน 150 นาที) สอดคล้องกับการศึกษาของเกตุกมล ทิพย์ทิพย์วงศ์⁽⁷⁾ เรื่องการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมและเครือข่ายพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เข้าถึงบริการได้เร็ว ใช้เวลาน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสงบ บุญทองโท, นิสกร วิบูลชัย, อุ่น บุตรบ้านเขว้า⁽⁸⁾ เรื่องการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ ผลการพัฒนาทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทันเวลา Door to Door time เฉลี่ย 72.22 นาที และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเสกสรร จวงจันทร์, กมลรัตน์ จูมสีมา, วีระชาติ วรรณธรรม⁽⁹⁾ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ Door to Door time < 2 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.33

เป็นร้อยละ 91.66 ส่วนการศึกษาของรัตนภรณ์ ยนต์ตระกูล, นิสกร วิบูลชัย, วิไลพร พิณนาดีเลย, จุลินทร ศรีโพณฑน์, เบญจพร เองวานิช⁽¹⁰⁾ เรื่องการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบหรืออุดตันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ มีความแตกต่างกันที่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันคือ การมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นทำให้เข้าถึงบริการได้เร็ว สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ภายใน 60 นาที เพิ่มจากร้อยละ 9.26 เป็นร้อยละ 30.63

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ควรนำรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย NCD ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด
2. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ควรนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ทุกราย ไม่ควรรอให้ผู้ป่วยพัฒนาไปเป็นกลุ่มเสี่ยง
3. ควรมีการนำรูปแบบ การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มการปรับใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ (นอกเหนือจากกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง) และญาติผู้ดูแล
4. หน่วยงานทางด้านสุขภาพอื่นควรนำรูปแบบการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กขพรรณ ศรีท้วม. รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2561; 5(3): 43-56.
2. อรทัย มานะธรร. ผลการพัฒนาโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติตำบลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562; 13(32):206-21.
3. Stringer ET. Action Research [Internet]. California: SAGE; 2014 [cited 2021 May 14]. 2 p. Available form: <https://jirmsse.szabist.edu.pk/index.php/szabist/article/view/437>
4. Cohen H. Statistics power analysis for the behavior science [Internet]. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1988 [cited 2021 May 14]. 579 p. Available form: <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
5. บุญญรัตน์ เพิกเดช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2563; 34(3):7-21.
6. ยุวดี ผงสา. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563; 2(2):139-54.
7. เกตุกาล ทิพย์ทิมพวงศ์. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมและเครือข่าย. การประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2; วันที่ 10-11 สิงหาคม 2563; โรงแรมท็อปแลนด์. พิษณุโลก; 2563.
8. สงบ บุญทองโท, นิสกร วิบูลชัย, อุ่น บุตรบ้านเขว. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560; 14(3):100-13.
9. เสกสรรค์ จวงจันทร์, กมลรัตน์ จุมสีมา, วีระชาติ วรธรรม. การพัฒนารูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2562; 17(2):5-18.
10. รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล, นิสกร วิบูลชัย, วิไลพร พิณนาดีเลย, จุลินทร ศรีโพนทัน, เบญจพร เองวานิช. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 30(2):80-95.

การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลเลย Development of a Palliative Care Model for the Elderly with End Stage Renal Disease in LOEI Hospital

อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์, เสริมสุข ชัญญะวัน*
Udomsak Boonsongsup, Sermsuk Thunyawon*

โรงพยาบาลเลย
LOEI Hospital

*Correspondence to: thunya3@gmail.com

Received: Jul 30, 2023 | Revised: Aug 24, 2023 | Accepted: Sep 25, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับเครือข่ายจังหวัดเลยและศึกษาผลการประเมินรูปแบบดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนเมษายน 2565 - มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการ การรับรู้คุณภาพ และด้านคุณภาพชีวิตการดูแลโดยรวมก่อนและหลัง โดยสถิติ Wilcoxon Signed rank Test

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง เป็นการพิจารณาความเหมาะสมของทางเลือกการรักษาระหว่างผู้ป่วย แพทย์ และทีมรักษา ข้อดี ข้อเสียของวิธีการรักษาต่างๆ อ้างอิงอาการทางคลินิก อายุ ความรุนแรง โรคร่วมของผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและผู้ดูแล รวมถึงวิธีการดูแลตลอดวิถีของการเจ็บป่วยจนถึงเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 72 (Max-Min=62-90) ค่ามัธยฐานการทำงานของไต (eGFR) เท่ากับ 8.92 (Max-Min=27.71-1.60) ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการรบกวนก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับคุณภาพชีวิตก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =40.16, SD=16.87) เมื่อได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =51.96, SD=16.15) ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการพิจารณารับผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาด้วยวิธีการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ด้านโรคไต ข้อมูลทางเลือกการรักษาแต่ละทาง โดยแต่ละข้อมีข้อดีข้อด้อยและรายละเอียด รวมถึงได้รับข้อมูลสภาวะโรค พยากรณ์โรค ระยะเวลาการรอดชีวิต ประโยชน์ ความเสี่ยง คุณภาพชีวิตที่จะได้รับในทางเลือกแต่ละแบบตลอดระยะการดำเนินโรค จำเป็นต้องพิจารณาหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ อายุ ภาวะโรคเรื้อรังร่วม พยากรณ์โรค รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและบริบทที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคองนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์จากโรคและเป็นการให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, สูงอายุ

Abstract

This research and development aimed to develop a model for delivering palliative care to the elderly with end-stage renal disease without receiving appropriate kidney replacement therapy within the network of Loei province and evaluate the effectiveness of the model. The samples were 43 elderly patients with end-stage renal disease in LOEI Hospital. The research instruments consisted of a questionnaire of personal characteristics and the outcome assessment form for palliative care in elderly patients with end-stage renal disease, and the Quality of Life questionnaire for Chronic Kidney Disease. We collected data from April 2022 to May 2023. The statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum, and Wilcoxon signed rank Test.

Result for the model of care for the elderly with end-stage renal disease, the appropriateness of treatment options was discussed among patients, doctors, and the treatment team. The topics included the pros and cons of various treatment methods based on clinical symptoms, age, severity, comorbidities of the patient, social and caregiver factors, and the methods of care throughout the course of illness until death. The research result revealed that elderly patients with end-stage renal disease in LOEI Hospital had a median of age (yrs)=72 (Max-Min=62-90) and a median of renal function (eGFR)=8.92 (Max-Min=15.71-1.60). There was a statistically significant reduction in the mean score of disturbance at 0.05. The difference between test results, the mean scores, and quality of life outcomes increased statistically significantly ($p<0.05$).

Recommendations for the care model for the elderly with end-stage renal disease considered accepting the patient into palliative care. Patients and relatives should be discussed with a Nephrologist and nurse specialist in kidney disease for information about each treatment option. Each has advantages, disadvantages, and details. The information

should include disease conditions, prognosis, survival time, benefits, risks, and quality of life that will be received in each option throughout the course of the disease. Several aspects need to be taken into consideration including age, co-morbidities, prognosis, as well as social and contextual factors involved. The model of palliative care for the elderly with end-stage renal disease has resulted in a good quality of life for patients, reducing complications and suffering from disease, and providing personalized care to each patient.

Keywords: End stage renal disease, palliative care, elderly

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในทุกประเทศ แนวโน้มต่อผลการรักษาไม่ดี สูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก⁽¹⁾ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20⁽²⁾ ประเทศไทยพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการบำบัดทดแทนทางไตทั้งชนิดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การบำบัดทดแทนไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis (PD)) และการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kidney transplantation (KT)) ตั้งแต่ปี พ.ศ 2550-2555 เพิ่มขึ้นจาก 25,457 ราย เป็น 58,385 ราย โดยประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุ 45-64 ปี (45.5%) 65-74 ปี (20.6%) และมากกว่า 75 ปี (13.9%)⁽³⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 75 ปีที่มีโรคร่วม ร้อยละ 20 จะเสียชีวิตในปีแรกที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 17-25 มีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่ได้ถึง 5 ปี ผู้สูงอายุเวลาที่ได้เพิ่มขึ้นจากการฟอกไต ร้อยละ 80 เวลาจะใช้ไปกับการบำบัดทดแทนไตและนอนโรงพยาบาล⁽⁴⁾ เช่นเดียวกันจังหวัดเลย แนวโน้มผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 เพิ่มสูงขึ้น ในปี 2562-2564 มีจำนวน 582, 552, 604 ราย

ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 90, 85, 99 ราย ตามลำดับ

แม้ประเทศไทยจะมีการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ ปี 2550 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการในการบำบัดทดแทนไตทั้งชนิด PD และ HD โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบชนิดบำบัดทางหน้าท้อง (PD หรือ CAPD) เป็นลำดับแรก แต่ในความเป็นจริงพบว่าผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวนไม่น้อยที่ต้องเสียชีวิตภายในเวลา 1 ปีหลังการบำบัดทดแทนไต⁽⁵⁾ และผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ไม่ต้องการเป็นภาระกับครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายเรื่องการเดินทาง และอื่นๆ หรือผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายอีกกลุ่มหนึ่งที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่สามารถรับการบำบัดทดแทนไตได้ เนื่องจากข้อจำกัดของสภาพร่างกาย และพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะได้ประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคอง ควรได้รับการจัดการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การรักษาควรเน้นที่การแก้ไขอาการผิดปกติที่ปรากฏ การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาควรได้รับการวางแผน และเป้าหมายไว้ล่วงหน้า (Advanced care planning) โดยผ่านการปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมรักษา

(Shared decision making) รูปแบบการรักษาควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁽⁶⁾ เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์จากโรค และเป็นการให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบำบัดทดแทนไต จากข้อจำกัดต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย การดูแลจากครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมถึงประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่น่าจะได้ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวตลอดวิถีความเจ็บป่วย เป็นเป้าหมายหลักในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ขณะรักษา ระยะสุดท้าย และหลังการเสียชีวิต

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเลยพบว่าอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 70.96 มีโรคร่วมคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ร้อยละ 45.16 ผู้ป่วยที่ไม่บำบัดทดแทนไต ร้อยละ 80.64 เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนเสียชีวิตและได้ใช้เครื่องฟอกซีฟ ร้อยละ 48.38 ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 64.51 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ใช้การบำบัดทดแทนไตจะมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ และส่วนใหญ่จะเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองเมื่อมีอาการรบกวนที่มากขึ้น หรือเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบและความทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้รับการจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพเป็นสาเหตุของการมาโรงพยาบาลแบบไม่ได้

วางแผน เพื่อการจัดการให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลตั้งแต่ตัดสินใจที่จะไม่บำบัดทดแทนไต จะได้รับการดูแลจากทีมประคับประคอง เพื่อดูแลจัดการอาการทางกายร่วมกับการชะลอไตเสื่อมจากทีมดูแลไต ปัจจุบันพบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ตั้งแต่พิจารณาคัดกรองเพื่อเข้าสู่การรักษาที่เหมาะสม ได้รับการดูแลไปตลอดวิถีของการเจ็บป่วย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้ชัดเจน จะมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการรักษาอาการทางร่างกายอย่างเหมาะสม การดูแลทางจิตใจ จิตวิญญาณ และสนับสนุนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับเครือข่ายจังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเครือข่ายจังหวัดเลยไปใช้

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างเดือน เมษายน 2565 - มีนาคม 2566 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวน 31 ราย ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากหน่วยไต และศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเลย

ระยะที่ 2 พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุไต้หวัน ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไต้หวันระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ผู้ร่วมพัฒนา ได้แก่ 1) อายุรแพทย์โรคไต 1 คน 2) แพทย์ที่รับผิดชอบงานดูแลแบบประคับประคอง 1 คน 3) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยไต้หวันและผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 1 ปี 2 คน 4) พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง 2 คน 5) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชน 3 คน ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การทบทวนวรรณกรรม มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไต้หวันระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการดูแลจากการพัฒนาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่พบมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไต้หวันระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไต้หวันระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไต้หวันระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 1 ท่าน 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไต้หวันระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 1 ท่าน 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และ

ความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษาตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ และได้ตรวจสอบความเป็นไปได้ของการนำไปใช้โดยการนำรูปแบบที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งขอคำปรึกษายังหน่วยการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเลย ที่มีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อความเหมาะสม และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 4 ระยะติดตามและประเมินผลการนำรูปแบบพัฒนาระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาไปสู่การปฏิบัติ เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพสิทธิในการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยระยะสุดท้าย การรักษาที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย Integrated palliative care outcome scale (IPOS)⁽⁷⁾ เพื่อประเมินอาการไม่สุขสบายที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง เป็นแบบประเมินที่ใช้อย่างแพร่หลาย และได้รับการยอมรับว่าสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คำถามปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิด 15 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบาย

ของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 อาการไม่สุขสบายที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วย ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ซึ่งข้อที่ 28 ถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถามไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็นคะแนน โดยรวมค่าคะแนนรวมที่สูง แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ค่าคะแนนที่ต่ำ หมายถึงผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่เลย (≤ 0.5 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (0.60-1.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.50-2.49 คะแนน) ระดับรุนแรง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับมากมายท่วมท้น (≥ 3.50 คะแนน)

1.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตฉบับภาษาไทย (Kidney Disease Quality of Life Short Form: KDQOL-SFTM)⁽⁸⁾ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือและความตรงในระดับที่ยอมรับได้ในการนำไปประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทย ประกอบด้วย คำถาม 19 ด้าน 24 ข้อใหญ่ 79 ข้อย่อย โดยมี 2 ส่วน คือ 1) คำถามคุณภาพชีวิตทั่วไป (SF-36) 8 ด้าน 36 ข้อ 2) คำถามคุณภาพชีวิตที่เฉพาะต่อโรคไตวายเรื้อรัง 11 ด้าน 43 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 2-10 ระดับ แต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก (น้อยกว่า 50 คะแนน) ระดับต่ำ (50-59 คะแนน) ระดับปานกลาง (60-69 คะแนน) ระดับสูง (70-79 คะแนน) และระดับสูงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

2.1 แบบคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเข้าโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง (สำหรับแพทย์และพยาบาล) จัดทำโดยศูนย์การณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น⁽⁹⁾

2.2 คำถามการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ 3 ส่วน ได้แก่ 1) สถานการณ์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร 2) แนวปฏิบัติและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น 3) ข้อเสนอแนะที่ช่วยให้เกิดการดูแลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่บำบัดทดแทนไต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

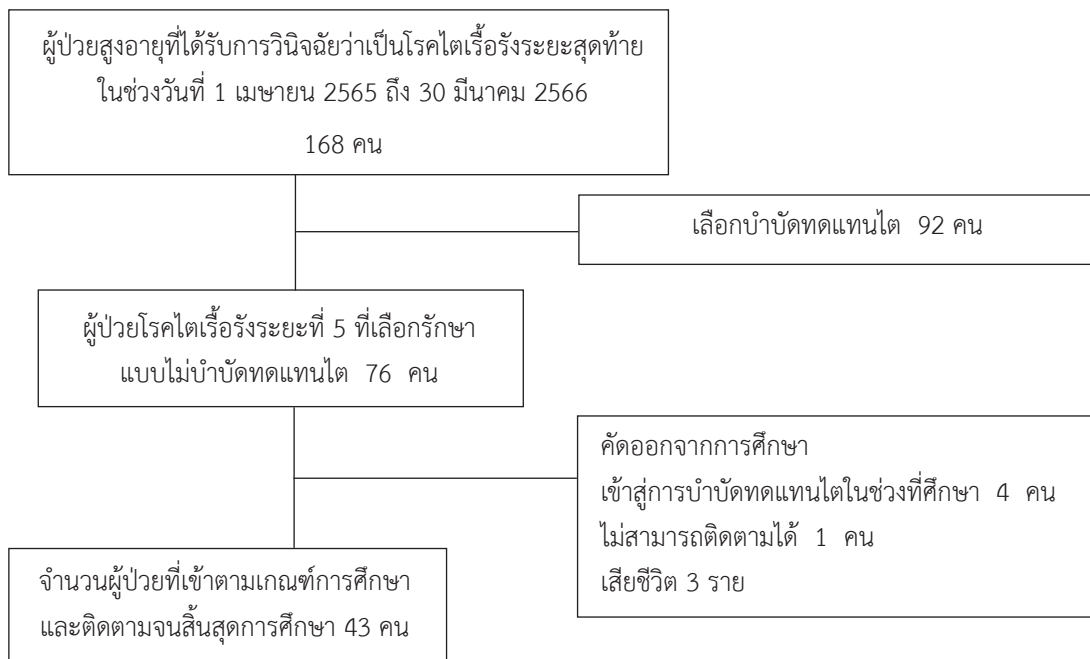
1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตฉบับย่อ ภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 (Kidney Disease and Quality of Life Short-FormTM Questionnaire Version 1.3 หรือ KDQOL-SFTM Version 1.3) สร้างขึ้นโดย Kidney Disease Quality of life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกา แปลเป็นไทยโดยวงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์⁽¹⁰⁾ ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ และความตรงในระดับที่ยอมรับได้ในการนำไปประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทย

2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย Integrated palliative care outcome scale (IPOS) เพื่อประเมินอาการไม่สุขสบายที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป วินิจฉัยว่าไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ต้องการบำบัดทดแทนไต หรือไม่สามารถบำบัดทดแทนไตต่อได้ จำนวน 168 คน กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป วินิจฉัยว่าไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ต้องการบำบัดทดแทนไต หรือไม่สามารถบำบัดทดแทนไตต่อได้ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลย ระหว่างเดือนเมษายน 2565 - มีนาคม 2566 ผู้วิจัยประเมินสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร ฟังได้ โดยสอบถามชื่อ บุคคล เวลา และสถานที่ หากผู้ป่วยสามารถตอบถูกต้องจะคัดเข้าร่วมการวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 43 ราย สำหรับเกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

วิจัย คือ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยต้องการและได้บำบัดทดแทนไต

ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ช่วงวันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 มีนาคม 2566 ทั้งหมด 168 คน เลือกบำบัดทดแทนไต จำนวน 92 ราย ไม่สามารถบำบัดทดแทนไตและหรือเลือกการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 76 ราย ขณะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 4 ราย เสียชีวิต จำนวน 3 ราย ติดตามไม่ได้จำนวน 1 ราย คงเหลือผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไต สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 43 ราย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มทดสอบก่อนและหลัง เปรียบข้อมูลต่อเนื่องด้วย Wilcoxon Signed rank test

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลย เลขที่โครงการวิจัย EC 009/2565 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2565 ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำอธิบาย สอบถามความสมัครใจและลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง โรงพยาบาลเลย

ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน ปัญหาที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือภาวะน้ำเกิน จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากหน่วยไตเทียมและศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเลย พบว่า 1) ด้านการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในกลุ่มที่เลือกไม่บำบัดทดแทนไตมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน 2) ด้านผู้ป่วยการดูแลตัวเองไม่ได้รับการดูแลและจัดการอาการรบกวนโดยเฉพาะอาการปวดและหอบเหนื่อย อาการคัน ขาดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกันของครอบครัว เมื่อมีภาวะเปลี่ยนผ่านของตัวโรค ครอบครัวจะมีความต้องการที่ไม่สอดคล้องกับเจตจำนงของผู้ป่วย นำไปสู่การรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์ในช่วงระยะท้าย 3) ด้านครอบครัวและ

ผู้ดูแลยังไม่มีความเข้าใจเรื่องการดำเนินของโรค และการดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการจัดการอาการรบกวนเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายครอบครัวจะนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และเลือกที่ใส่เครื่องฟอกซีฟ รวมทั้งไม่มีการติดตามครอบครัวหลังการสูญเสีย ข้อมูลจากประชุมทีมสหสาขา ประเด็นที่พบดังนี้

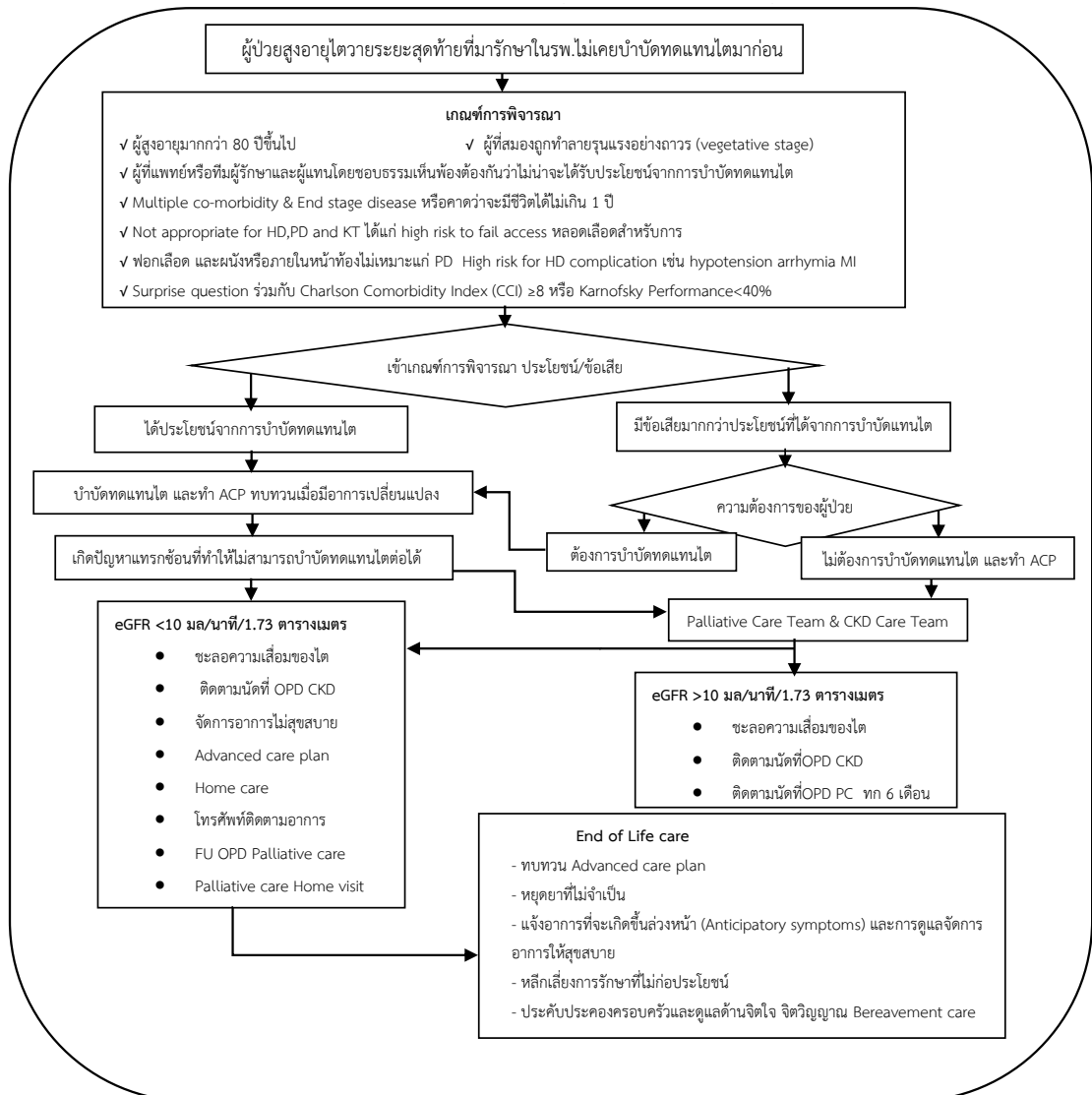
1.1 ปัญหาด้านผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีสาเหตุจาก 1) เป็นภาระของครอบครัว เกรงใจลูกหลานเพราะต้องทำมาหาเลี้ยงชีพ 2) อายุมาก และมีโรคประจำตัว 3) ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ 4) มีประสบการณ์กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่บำบัดทดแทนไตแล้วเสียชีวิตในเวลาไม่นาน 5) ต้องการรับการรักษาแบบประคับประคอง มีเป้าหมายการรักษาคือ ไม่ทุกข์ทรมาน

1.2 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากการประชุมของทีมสหวิชาชีพ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญ พบว่า 1) การเข้าถึงระบบบริการแบบประคับประคองตั้งแต่ตัดสินใจไม่บำบัดทดแทนไต 2) การจัดการอาการรบกวนที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอาการรบกวนมากมาย การจัดการอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายตามสภาพที่เป็นอยู่ 3) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องที่สำคัญโดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านเกี่ยวกับขอบเขตของการรักษา 4) ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อจัดการและประสานปัญหาเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข และจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว 5) ชะลอความเสื่อมของไต ติดตามนัดที่ OPD CKD 6) การมีระบบให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา 7) สมรรถนะและบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ละระดับในการ

ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายร่วมกันแบบรายกรณี จากการศึกษาสถานการณ์และประชุมทีมสหสาขา โดยใช้คำแนะนำการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง แบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560 โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย⁽⁹⁾ เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายมารักษาในโรงพยาบาลเลย จะได้รับการคัดกรองความเหมาะสมตามเกณฑ์การพิจารณาโดยแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต หากได้ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไต และได้รับการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งต้องทบทวนเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงโดยทีมการดูแลแบบประคับประคอง ในส่วนของผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พิจารณาแล้วว่ามิผลเสียจากการบำบัดทดแทนไต เข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเป็นการดูแลร่วมกันระหว่างคลินิกโรคไตและคลินิกประคับประคองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และดูแลจัดการอาการรบกวน ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเป็นระยะทั้ง OPD CKD และ OPD Palliative care ทุก 1-6 เดือนตามสถานะของร่างกาย ถ้าค่า eGFR <10 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร การดูแลจากทีมประคับประคองจะมีบทบาทมากขึ้นเพราะผู้ป่วยจะมีอาการรบกวนทางกาย เช่น ปวด เหนื่อย คันตามผิวหนังเนื่องจากของเสียคั่ง คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ ท้องผูก ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้นและการจัดการอาการรบกวนที่ไม่สุขสบาย ติดตามอย่างต่อเนื่องโดยมา

ตรวจตามนัด โทรศัพท์ติดตามเป็นระยะและการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการดูแล สภาพของบ้าน และปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ ให้คำแนะนำการดูแลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา ในรายที่ค่า eGFR <5 มล/นาที/1.73 ตารางเมตร ให้สังเกตหรือตรวจปัสสาวะแล้วจดบันทึกและดื่มน้ำให้สอดคล้องกับปัสสาวะที่ออกมาในแต่ละวัน เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินจนเป็นสาเหตุของการมาโรงพยาบาลและได้ใส่เครื่องฟอกซีฟ มีการประชุมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทบทวนโรค การพยากรณ์โรค ร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า บันทึกลงในเอกสารเพื่อการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ หากผู้สูงอายุบางรายที่ยืนยันต้องการบำบัดทดแทนไต จะถูกส่งไปประเมินและเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไต แต่ผู้ป่วยต้องได้รับทราบความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งทำการวางแผนล่วงหน้าไว้เช่นเดียวกัน

เมื่อผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่ระยะท้ายใกล้เสียชีวิต จะได้รับการดูแลโดยจัดการอาการรบกวนอย่างมีประสิทธิภาพ ทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้าที่เคยทำไว้โดยเฉพาะการรักษาที่ไม่ก่อประโยชน์และสถานที่ที่เสียชีวิต พิจารณายุทธยาที่ไม่จำเป็น แจ้งอาการที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า และการดูแลจัดการอาการให้สุขสบาย ประคับประคองครอบครัวและดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ อาทิ แนะนำปลดปล่อย สิ่งค้างคาใจ ขอโทษกรรม กล่าวคำอำลา รวมทั้งติดตามดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลเลย

2. ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นลงสู่การปฏิบัติ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง โดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลย พบว่า ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 72 (Max-Min=62-90) ค่ามัธยฐานการทำงานของไต (eGFR) เท่ากับ 8.92 (Max-Min 15.71-1.60)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.40 สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 93 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.76 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 81.41 ระดับสมรรถนะของร่างกาย (PPS) 40-60% ร้อยละ 46.50 การรับรู้โรค การดำเนินโรค และเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วย ร้อยละ 100 การรับรู้โรค การดำเนินโรค และเป้าหมายในการรักษาของครอบครัว ร้อยละ 90.69 เหตุผลที่ผู้ป่วย

ไม่บำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุมาก ไม่มีคนดูแล มีโรคประจำตัวหลายโรค ร้อยละ 93.02 ปัญหาเรื่อง เศรษฐกิจ ร้อยละ 90.69 มีโรคประจำตัวหลายโรค ร้อยละ 81.39 และพึงพอใจในชีวิตแล้วไม่ต้องการ รับการรักษาดังกล่าว ร้อยละ 72.09

2.2 การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2.2.1 อาการที่เป็นปัญหาในช่วง 3 วัน ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอายุไตวายระยะ

สุดท้ายแบบประคับประคอง พบมากที่สุดคือ อาการปวด ร้อยละ 48.84 รองลงมาคือ อาการ อ่อนเพลียหรือขาดพลังงาน ร้อยละ 20.94 อาการคัน ร้อยละ 16.27 และอาการอื่นๆ เช่น หายใจลำบาก ท้องผูก นอนไม่หลับ ร้อยละ 20.94

2.2.2 คะแนนเฉลี่ยและระดับของอาการ รบกวนก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอายุ ไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและระดับของอาการรบกวนก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง โดยสถิติ Wilcoxon Signed rank Test (N=43)

อาการรบกวน	ก่อนการดูแล			หลังการดูแล			P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	
1. ปวด	1.91	0.97	ปานกลาง	1.05	0.72	เล็กน้อย	<0.001
2. หายใจลำบาก	1.60	1.16	ปานกลาง	1.13	1.79	เล็กน้อย	0.004
3. อ่อนเพลียหรือขาดพลังงาน	1.89	0.80	ปานกลาง	1.33	0.62	เล็กน้อย	<0.001
4. คลื่นไส้ (รู้สึกคล้ายกับกำลังจะ ไม่สบาย)	1.02	0.97	เล็กน้อย	0.54	0.72	ไม่เลย	0.001
5. อาเจียน (กำลังป่วย)	0.67	1.00	เล็กน้อย	0.23	0.58	ไม่เลย	0.004
6. เบื่ออาหาร	1.40	1.05	เล็กน้อย	0.87	0.80	เล็กน้อย	0.001
7. ท้องผูก	1.51	1.08	ปานกลาง	0.77	0.81	เล็กน้อย	<0.001
8. มีแผลในปาก หรือ ปากแห้ง	0.80	0.91	เล็กน้อย	0.28	0.66	ไม่เลย	<0.001
9. ง่วงซึม	0.81	0.91	เล็กน้อย	0.41	0.67	ไม่เลย	0.003
10. เคลื่อนไหวลำบาก	1.96	1.30	ปานกลาง	1.44	1.07	เล็กน้อย	0.003
11. คัน	2.30	1.08	ปานกลาง	0.87	0.80	เล็กน้อย	0.003
12. นอนไม่หลับ	1.90	1.14	ปานกลาง	0.87	0.73	เล็กน้อย	0.001
13. รู้สึกไม่สบายที่ขาจนต้องขยับขา ตีขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวของขา	1.95	1.00	ปานกลาง	1.28	0.80	เล็กน้อย	0.001
14. ลักษณะผิวหนังเปลี่ยนแปลง	2.50	1.10	ปานกลาง	1.44	0.79	เล็กน้อย	0.003
15. ท้องเสีย	0.02	0.15	ไม่เลย	0.30	0.16	ไม่เลย	1.000

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและระดับของอาการรบกวนก่อนใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่าอาการรบกวนที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ปวดหายใจลำบาก อ่อนเพลียหรือขาดพลังงาน ท้องผูกเคลื่อนไหวลำบาก คัน นอนไม่หลับ รู้สึกไม่สบายที่ขาจนต้องขยับขา ดีขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวของขา ลักษณะผิวหนังเปลี่ยนแปลง อาการรบกวนที่อยู่ในระดับเล็กน้อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีแผลในปาก ง่วงซึม ไม่มีอาการรบกวนคือ ท้องเสีย สำหรับคะแนนเฉลี่ยและระดับของอาการรบกวนหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า อยู่ในระดับเล็กน้อย ยกเว้น คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก ง่วงซึม และท้องเสีย พบว่าไม่มีอาการรบกวน

2.2.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับต่ำ (Mean=40.61, SD=16.87) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระดับดี คือด้านการสนับสนุนทาง

สังคม (Mean=85.00, SD=12.75) รองลงมาคือด้านการรับรู้ (Mean=60.01, SD=17.31) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Mean=54.19, SD=14.84) ด้านหน้าที่ทางกายภาพ (Mean=51.10, SD=22.23) ส่วนด้านที่ต่ำมาก คือ ด้านความกระฉับกระเฉง/เหนื่อยง่าย (Mean=25.57, SD=17.88)

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น โดยรวมในระดับปานกลาง (Mean=51.96, SD=16.15) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระดับดี คือ ด้านการสนับสนุนทางสังคม (Mean=92.62, SD=11.25) รองลงมา คือ ด้านภาระของโรคไต (Mean=63.75, SD=19.98) ด้านสถานะของการทำงาน (Mean=54.40, SD=12.80) ด้านการรับรู้ (Mean=66.18, SD=22.20) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Mean=58.79, SD=32.65) ด้านอาการแสดงและรายการปัญหา (Mean=50.04, SD=16.85) ด้านหน้าที่ทางกายภาพ (Mean=54.43, SD=13.96) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยสถิติ Wilcoxon Signed rank Test (N=43)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการดูแล			หลังการดูแล			P-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	
มาตราส่วนมุ่งเป้าโรคไต (ESRD target area)							
1. อาการแสดงและรายการ ปัญหา (Symptom problem list)	39.90	19.94	ต่ำ	55.53	16.85	ปานกลาง	<001
2. ผลกระทบของโรคไต (Effect of kidney disease)	36.67	20.81	ต่ำ	47.87	17.63	ต่ำ	0.05

คุณภาพชีวิต	ก่อนการดูแล			หลังการดูแล			P-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	
3. ภาระของโรคไต (Burden of kidney)	28.75	20.74	ต่ำ	63.75	19.98	ปานกลาง	<0.001
4. สถานะของการทำงาน (Work status)	46.15	12.90	ต่ำ	54.40	12.80	ปานกลาง	0.002
5. การรับรู้ (Cognitive function)	60.01	17.31	ปานกลาง	65.18	22.20	ปานกลาง	0.075
6. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Quality of social interaction)	54.19	14.84	ปานกลาง	58.79	32.65	ปานกลาง	0.083
7. การนอนหลับ (Sleep)	38.78	17.88	ต่ำ	47.16	14.61	ต่ำ	0.001
8. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	85.00	12.75	ดี	92.62	11.25	ดี	0.002
มาตราส่วนสุขภาพทั่วไป							
9. อาการแสดงและรายการปัญหา (Physical function)	47.94	19.94	ต่ำ	50.04	16.85	ปานกลาง	0.017
10. หน้าที่ทางกายภาพ (Role-physical)	51.10	22.23	ปานกลาง	54.43	13.96	ปานกลาง	0.19
11. ความเจ็บปวดของร่างกาย (Pain)	30.50	18.42	ต่ำ	45.10	15.08	ต่ำ	<0.001
12. สุขภาพทั่วไป (General health)	31.54	17.10	ต่ำ	36.89	19.13	ต่ำ	0.11
14. บทบาททางอารมณ์ (Role-emotional)	42.33	17.36	ต่ำ	36.83	22.20	ต่ำ	0.025
15. หน้าที่ทางสังคม (Social function)	38.11	16.60	ต่ำ	48.93	14.46	ต่ำ	0.011
16. ความกระฉับกระเฉง/เหนื่อยล้า (Energy/fatigue)	23.40	17.88	ต่ำมาก	27.57	15.45	ต่ำ	0.021

การทดสอบสมมติฐาน ผลการทดสอบความแตกต่างผลลัพธ์ของการดูแลหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับ

ประคอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้แนวทางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลโดยรวมก่อนและหลังการทดลองโดยสถิติ Wilcoxon Signed rank Test (N=43)

ตัวแปร	ก่อนการดูแล			หลังการดูแล			P-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	40.16	16.87	ต่ำ	51.96	16.15	ปานกลาง	<0.001

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง โรงพยาบาลเลยจากการทบทวนสถานการณ์ อุปสรรคการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายที่เลือกไม่บำบัดทดแทนไตเกิดจากการไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการรบกวนและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เกิดความไม่สุขสบายมีอาการรบกวนทางกายและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำมากแม้การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองเป็นวิธีการรักษาที่มีมานานแล้ว แต่ไม่เป็นที่รู้จักและนิยมเพราะบุคลากรที่ปฏิบัติงานมักมีความเห็นว่าวิธีการนี้มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกันหลายหน่วยงานที่ต้องมีการประสานงานที่ดี รวมทั้งความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกระบวนการและวัตถุประสงค์ของการรักษา นอกจากนี้การจัดวิธีการบริหารจัดการให้เป็นระบบยังไม่ปรากฏชัดเจน⁽⁶⁾ ซึ่ง NICE guideline⁽¹⁰⁾ ได้จัดการรักษาแบบไม่ฟอกไต เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา อังกฤษ ที่มีแนวทางการ

ดูแลรักษาที่ชัดเจนนั้น ได้มีแนวทางจำเพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ กล่าวคือ มีคู่มือ คำแนะนำเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรค ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนหรือผลที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดขณะรับการรักษา เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการเลือกการรักษา เมื่อเลือกที่จะไม่บำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะทำกรดูแลรักษาจัดการกับภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างจริงจังรวมถึงการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค วิธีการปฏิบัติตัว รวมถึงการส่งต่อแบบเป็นเครือข่าย

สำหรับประเทศไทย การรักษาแบบประคับประคองยังขาดแนวทางที่ชัดเจน การศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างสะท้อนกระบวนการรักษา จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผลการประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยด้วยโรคไตวายระยะสุดท้ายพบว่ามีความแตกต่างของผลลัพธ์ของการดูแลหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองนั้นจะได้รับการดูแล

ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการรบกวนที่เกิดจากภาวะไตวายและให้การดูแลอย่างเหมาะสมในแต่ละรายรวมถึงการประคับประคองครอบครัวผู้ดูแล⁽¹¹⁾

สำหรับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.75 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50 อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนมากมีโรคประจำตัว เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันเป็นส่วนใหญ่ออยู่แล้ว ต้องพึ่งพาญาติหรือผู้ดูแล ประกอบกับสภาพร่างกายผู้ป่วยที่อ่อนแอเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย การดำเนินชีวิตปกติเหมือนเดิมจึงเป็นเรื่องที่ยากลำบาก สอดคล้องผลการวิจัยคะแนนคุณภาพชีวิตสุขภาพมาตราส่วนสำรวจสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามผลการทดสอบความแตกต่างผลลัพธ์ของการดูแลหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Mark A. Brown และคณะ⁽¹²⁾ ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า อาการรบกวนทางกายลดลง และมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาของญาริสา สุริยะบันเทิง และภักวีร์ นาคะวิโร⁽¹³⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิต

โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.3 และเย็นนุรา สัตยาวัน⁽¹⁴⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้ว่าจะรักษาแบบประคับประคองโดยไม่บำบัดทดแทนไต

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะปัจจุบันประชากรที่ป่วยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง Fitzsimon และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉพาะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไว้ว่าผู้ป่วยจะมีความเจ็บป่วยที่ยาวนานและมีความไม่แน่นอนในการดำเนินโรคจนถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นการมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้นมาอย่างชัดเจน เพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาที่จะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการศึกษาของ Murtagh และคณะ⁽⁵⁾ ผู้ป่วยอายุเกิน 75 ปีที่มีโรคร่วมคือหัวใจขาดเลือด ไม่ได้มีชีวิตยืนยาวแตกต่างกันระหว่างฟอกไตและไม่ฟอกไต และจากการศึกษาของ Carson และคณะ⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ที่เป็นไตวายระยะสุดท้าย อัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างกันระหว่างการบำบัดทดแทนไตและการรักษาแบบประคับประคอง ภัทรศร นพฤทธิ์ และอารมณ พรหมดี⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง หลังการใช้แนว

ปฏิบัติ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ดี ได้รับการจัดการอาการรบกวนทางด้านร่างกาย ลดความทุกข์ทรมานและภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับ รัชนีญา วิเชียรพักตร์⁽¹⁸⁾ ได้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ มีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนลดลง และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับการเตรียมความพร้อมจวบจนช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างสงบ

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนี้ เป็นการพิจารณาการรับผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาด้วยวิธีการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต ข้อมูลทางเลือกการรักษาแต่ละทาง โดยแต่ละข้อมีข้อดีข้อด้อยและรายละเอียด รวมถึงได้รับข้อมูลสภาวะโรค พยากรณ์โรค ระยะเวลาการรอดชีวิต ประโยชน์ ความเสี่ยง คุณภาพชีวิตที่จะได้รับในทางเลือกแต่ละแบบตลอดระยะการดำเนินโรค จำเป็นต้องพิจารณาหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ อายุ ภาวะโรคเรื้อรังร่วม พยากรณ์โรค รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและบริบทที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย แบบประคับประคองนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์จากโรคและเป็น

การให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จากผลการวิจัยนี้ ในเชิงนโยบายควรมีการตรวจสอบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีข้อจำกัดการบำบัดทดแทนไต ได้เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มแรก และควรเป็นการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลควบคู่กันไประหว่างคลินิกโรคไตและคลินิกประคับประคอง ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในคลินิกโรคไตและคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และบูรณาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังแบบประคับประคองร่วมกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. Nation kidney foundation practice guideline for chronic kidney disease: Evaluation classification and stratification. American College of physicians 2003; 139(2): 137-47.
2. World health organization. The World Health report 2002 Reducing risks, promoting healthy life Geneva World health organization [Internet]. 2002 [cited 2022 July 10]. Available from: <http://scholar.google.com>
3. Chuasuwan A, Praditpornsilpa K. Thailand renal replacement therapy registry report 2012. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2012.

4. Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009; 4(10):6111-9. doi:10.2215/CJN.00510109
5. Murtagh FEM, Marsh JE, Donohoe P, Ekbol NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22(7):1955-62. doi:10.1093/ndt/gfm153
6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเท็กซ์แอนด์เพบลิเคชั่น จำกัด; 2560.
7. Palliative care Outcome Scale. IPOS-Renal Patient version: 2015 [Internet]. London: Cicely Saunter Institute; 2012. [cited 2023 Jul 15]. 2 p. Available from: <https://pos-pal.org/maix/ipos-renal-in-english.php>
8. วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, ชนรรจ์ รัตนโชติพานิช. การทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-SFTM) ฉบับภาษาไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2553; 2(1):15-23.
9. ศูนย์การุณรักษ์. แบบคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566. [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ค. 2566]. 3 หน้า. เข้าถึงได้จาก: <https://www.karunruk.org/renal-palliative-care-clinic>
10. National Institute for Health and Clinical Excellent. NICE path-ways management of stage 5 CKD [Internet]. 2021 [cited 2023 May 13]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng203>
11. Deangsibua A, Topark-ngarm A, Tatiyan upanwong S, Limwattananon C. Following up of stage 5 kidney disease patients managed with non-dialysis treatment. *Journal of Health System research* 2015; 9(2):181-92.
12. Brown MA, Collett GK, Josland EA, Foote C, Li Q, Brennan FP. CKD in elderly patients managed without dialysis: survival, symptoms and quality of life. *Clin Soc Nephrol* 2015; 10(2): 260-8. doi:10.2215/CJN.03330414
13. ญาณิศา สุริยะบรรเทิง, ภควีร์ นาคะวิโร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง โดยไม่รับ การบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2563; 10:49-60.
14. เย็นอุรา สัตยาวัน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้การรักษาแบบประคับประคอง อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี* 2565; 30:435-45.
15. Fitzsimons D, Mullan D, Wilson JS, Conway B, Corcoran B, Dempster M. The challenge of patients unmet

- palliative care needs in the final stage of chronic illness. *Palliat Med* 2007; 21(4): 313-22. doi:10.1177/0269216307077711
16. Echevers YM, Gaibor NGT, Perez NN, Martin FB, Delgado RM, Riscos MAG. Survival of patients ≥ 70 years with advanced chronic kidney disease: Dialysis vs. conservative care. *Nefrologia* 2016; 36(3):283-91. doi:10.1016/j.nefro.2015.11.006
 17. ภัทรศร นพทธี, อารมณั พรหมดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมุกดาหาร. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2562; 16:96-108.
 18. Vicheanpuk R. Development of quality care for palliative care in patients with end stage renal disease Kamalasia Hospital. *Journal of Health and Environmental Education* 2020; 5:10-16.

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

The relationship between the health belief model in prevention of stroke
and health behavior according to the 3E2S principle among hypertension
patients, Saen Suk sub-district health promoting hospital,
Mueang Chon Buri district, Chon Buri province

ภิญญาพัชญ์ อิทโรจน์รัตน์¹, พีรพัฒน์ สมบัติ¹, ญาณันธร กราบทิพย์¹, กัมปนาท ฉายชูวงศ์¹, บุญมี โพธิ์คำ^{2*}
Pinyapat Aittharotrattana¹, Peeraphat Sombat¹, Yananthorn Krabthip¹, Kampanart Chaychoowong¹,
Boonmee Phokham^{2*}

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajachanok Institute

²Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied
Health Sciences, Praboromarajachanok Institute

*Correspondence to: boonmee@scphc.ac.th

Received: Aug 4, 2023 | Revised: Oct 8, 2023 | Accepted: Oct 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก
3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี
จังหวัดชลบุรี จำนวน 154 ราย ที่ได้จากการสุ่มแบบเป็นระบบโดยการเรียงรายชื่อประชากรตามวันนัด
พบแพทย์ และสุ่มเลือกตัวอย่างโดยกำหนดช่วงการสุ่มเท่ากับ 2 หน่วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึง
มีนาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเภทตอบเองซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยมี
ค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และ
ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
สเปียร์แมนด้วยระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.5 มี
ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 73.4 และมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

อยู่ในระดับพอใช้ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.07$) ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยกำหนดประเด็นที่มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย และตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเกิดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, 3อ.2ส., โรคหลอดเลือดสมอง, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This cross-sectional research aimed to study the relationship between the health belief model in prevention of stroke and health behavior according to the 3E2S principle among hypertension patients, Saen Suk sub-district health promoting hospital, Mueang Chon Buri district, Chon buri province. The samples were 154 participants recruited by systematic sampling, by selecting every 2nd person on a list of medical appointment of the population during July 2022 and March 2023. Data were collected by using a self-administered questionnaire which was assessed for content validity by the IOC was 0.67-1.00 and reliability by the Cronbach's Alpha Coefficient was 0.85. Data were analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, and minimum, and inferential statistics for correlation analysis using Spearman's rank correlation coefficient with a statistically significant level at 0.05.

The results revealed that most samples were female (65.6%) and aged 60 years or over (69.5%). Their body mass index value was over the standard (73.4%). Their awareness regarding health belief models in stroke prevention was in a high level, while their health behavior according to the 3E2S principle was in a moderate level. Moreover, there was a statistically significant positive correlation between health belief models in stroke prevention and health behavior according to the 3E2S principle ($r_s=0.48$). However, there was no correlation between perceived barriers to stroke prevention and health behavior according to the 3E2S principle ($r_s=0.07$). Therefore, health personals should provide activities for adjusting health behavior based on health belief model which should be interesting, easy to understand, and appropriate for target group especially older people. This can help the target group to be able to learn for adjusting their health behavior correctly and appropriately.

Keywords: health behavior, 3E2S (Eating, Exercise, Emotion, Stop Smoking, Stop Drinking), stroke disease, hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการด้านร่างกายตามมา อาทิมียข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยองค์การอนามัยโลกกล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต โดยสถานการณ์ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561-2564 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และอัตราตายตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 48, 47 และ 53 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยในปีพ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 34,545 ราย (อัตราตาย 53 ต่อแสนประชากร) แบ่งเป็นเพศชาย 19,949 ราย (ร้อยละ 58) และเพศหญิง 14,596 ราย (ร้อยละ 42)⁽²⁾ และจังหวัดชลบุรีก็เป็นพื้นที่ที่มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองสูงเช่นกัน

จังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ผลการตรวจประเมินสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมของประชาชนเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมองได้⁽³⁾ ซึ่งจังหวัดชลบุรี มีประชากรจำนวน 1,195,958 ราย พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 141,377 ราย (อัตราป่วย 11,825 ต่อแสนประชากร) และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 7,902 ราย (อัตราป่วย 661 ต่อแสนประชากร)⁽⁴⁾

ส่วนพื้นที่เขตอำเภอเมืองชลบุรี มีประชากรจำนวน 227,417 ราย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25,731 ราย (อัตราป่วย 11,314 ต่อแสนประชากร) และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2,589 ราย (อัตราป่วย 3,474.67 ต่อแสนประชากร)⁽⁵⁾ และในปี พ.ศ. 2565 พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีประชากร 27,093 ราย พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 1,534 ราย (อัตราป่วย 5,507 ต่อแสนประชากร) และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 134 ราย (อัตราป่วย 495 ต่อแสนประชากร)⁽⁶⁾ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคลในด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่อาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือสูญเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันและรักษาสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) อารมณ์ 4) สูบบุหรี่ และ 5) สุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมตนเองไม่ให้เกิดภาวะหรือโรคแทรกซ้อน และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นการรับรู้สุขภาพที่ดีและถูกต้องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จึงมีความสำคัญอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. สามารถช่วยลดการเกิด 5 โรคเรื้อรังอันตราย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งได้ ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น และเกิดความเข้าใจในระดับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น⁽⁷⁾

นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง⁽⁸⁾ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง⁽⁹⁾ และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงด้วย⁽¹⁰⁾ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีหลายวิธีการ เช่น สอบถามความคิดเห็นที่อาจมีความแปรผันตามอารมณ์/สถานการณ์ หรือประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ และในส่วนของความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีหลายวิธีการเช่นเดียวกัน เช่น การปฏิบัติตนที่เหมาะสมอาจปฏิบัติได้ยากหากผู้ป่วยอยู่เพียงลำพังหรือไม่ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการศึกษาในมุมมองที่กว้างขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข โดยไม่ได้ศึกษาเพียงกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น โดยดำเนินการศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹¹⁾ ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบายถึงความร่วมมือและการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. อาชีพ
6. รายได้

ข้อมูลสุขภาพ

1. ดัชนีมวลกาย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

1. ด้านการบริโภคอาหาร
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านการจัดการอารมณ์
4. ด้านการสูบบุหรี่
5. ด้านการดื่มสุรา

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ต.แสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี จำนวน 256 ราย⁽⁶⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี⁽⁶⁾ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 โดยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยที่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน⁽¹²⁾

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2p(1-p)}$$

เมื่อ Z = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้พื้นที่โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96
 d = ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้กำหนดเท่ากับ 0.05
 p = ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5⁽¹³⁾

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ มีความเต็มใจและความยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถอ่านออก เขียนได้ หรือพูดคุยกตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตจนไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้

สุ่มตัวอย่างตามหลักความน่าจะเป็น โดยทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ นำรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ ต.แสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 256 ราย⁽⁶⁾ มาเรียงตามวันนัดพบแพทย์ และสุ่มเลือกตัวอย่างโดยกำหนดช่วงการสุ่มเท่ากับ 2 หน่วย จนได้ตัวอย่างเท่ากับที่คำนวณได้ตามสูตร คือ 154 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (Self administrative questionnaire) เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ลักษณะเป็น

ข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ (Check List) 1 คำตอบ และแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ 5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ 6) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ โดยใช้การวัดแบบประมาณค่า มาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert rating scales) เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยนำมาจัดกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ลักษณะเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 6 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า โดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert rating scales) เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยนำมาจัดกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ระดับ คือ ดีมาก พอใช้ ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง
เนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าสอดคล้อง
ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา
(Index of item objective congruence: IOC)
อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้
กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลบ้านสวน
อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน
ซึ่งแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้เก็บรวบรวม
ข้อมูลตามแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยคณะผู้วิจัย
ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการ
ดำเนินการของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และ
ขอความยินยอมโดยให้ลงลายมือชื่อเข้าร่วมวิจัย
ด้วยความสมัครใจ สำหรับการตอบแบบสอบถาม
กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านออกและเขียนได้
สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องการอ่าน การเขียน และการ
มองเห็น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการอ่าน
ข้อคำถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะไม่ตอบ
แบบสอบถามหรือยกเลิกการตอบเมื่อใดก็ได้ โดย
ไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัย
ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของ
แบบสอบถามก่อนการเก็บรวบรวมเพื่อเข้าสู่การ
วิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไปโดยใช้เวลาในการตอบ
แบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
สำหรับสถิติพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ และ
นำเสนอข้อมูล ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน
ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อ
หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปร
ตามประกอบด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย
สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนที่ระดับ
การมีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05 แบ่งการวัดระดับ
ความสัมพันธ์ 5 ระดับดังนี้ ระดับต่ำมาก
(0.0 - 0.20) ระดับต่ำ (0.21 - 0.40) ระดับปานกลาง
(0.41 - 0.60) ระดับสูง (0.61 - 0.80) ระดับสูงมาก
(0.81 - 1.00)

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ ได้รับ
การพิจารณาและผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงาน
คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี รหัสโครงการวิจัย
COA : 2022/S29 ลงวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2565
โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการ
พิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6
และกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.5 อายุเฉลี่ย 64.7 ปี
สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.5
สถานภาพสมรสร้อยละ 57.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ
ร้อยละ 37.1 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.1 และ
มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 6,641.56 บาท
ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ น้ำหนักเกิน
จำนวน 23 คน ร้อยละ 14.9 โรคอ้วนระดับที่ 1
จำนวน 46 คน ร้อยละ 29.9 โรคอ้วนระดับที่ 2
จำนวน 24 คน ร้อยละ 28.6 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

	ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ			
	หญิง	101	65.6
	ชาย	53	34.4
อายุ (ปี)			
	มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	107	69.5
	51 - 60	35	22.7
	41 - 50	9	5.9
	31 - 40	3	1.9
(ค่ามัธยฐานอายุ = 65.5 ปี อายุน้อยที่สุด = 33 ปี อายุมากที่สุด = 90 ปี)			
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	130	84.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	6	3.9
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	12	7.8
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3	1.9
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3	1.9
สถานภาพสมรส			
	สมรส	89	57.8
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	43	27.9
	โสด	22	14.3
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	56	37.1
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	43	28.5
	รับจ้างทั่วไป	34	22.5
	แม่บ้าน	13	8.6
	รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	3	2
	อื่นๆ	2	1.3
รายได้			
	ไม่เพียงพอ	91	59.1
	เพียงพอ	63	40.9
(ค่ามัธยฐานรายได้ 4,600 บาท รายได้น้อยที่สุด = 0 บาท รายได้มากที่สุด = 30,000 บาท)			

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	7	4.5
ปกติ	34	22.1
น้ำหนักเกิน	23	14.9
โรคอ้วนระดับที่ 1	46	29.9
โรคอ้วนระดับที่ 2	44	28.6

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยประเด็นความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (Mode=23.0, Min=12.0, Max=30.0) ซึ่งด้านพฤติกรรมที่ดีมีสุรา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก (Median=5.0, Min=1.0, Max=5.0) และด้านพฤติกรรมจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ (Median=3.0, Min=1.0, Max=5.0) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าน้อยที่สุด ค่ามากที่สุด และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	Median	Min	Max	ระดับพฤติกรรม
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
- การควบคุมรสชาติและปริมาณอาหาร	3.0	1.0	5.0	พอใช้
- การรับประทานผักและผลไม้	4.0	1.0	5.0	พอใช้
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.0	1.0	5.0	พอใช้
3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด	3.0	1.0	5.0	พอใช้
4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่	5.0	1.0	5.0	ดีมาก
5. พฤติกรรมการดื่มสุรา	5.0	1.0	5.0	ดีมาก
โดยภาพรวม	23.0	12.0	30.0	พอใช้

3. การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Median=138.5, Min=72.0, Max=155.0) และเมื่อพิจารณารายด้านเกี่ยวกับระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ในระดับสูงทุกด้าน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	Median	Min	Max	ระดับการรับรู้
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	28.5	14.0	30.0	ระดับสูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	20.0	6.0	20.0	ระดับสูง
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	25.0	9.0	25.0	ระดับสูง
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	21.0	5.0	25.0	ระดับสูง
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	21.0	10.0	25.0	ระดับสูง
6. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	27.0	15.0	30.0	ระดับสูง
โดยภาพรวม	138.5	72.0	155.0	ระดับสูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติ

เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.36$, $r_s=0.43$, $r_s=0.40$ และ $r_s=0.44$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.55$) แต่ในด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r_s=0.07$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	r_s	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.36	< .001**	ระดับต่ำ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.43	< .001**	ระดับต่ำ
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.40	< .001**	ระดับต่ำ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด	ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.		
สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	r_s	p-value	ระดับความสัมพันธ์
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.07	0.29	ระดับต่ำมาก
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.55	< .001**	ระดับปานกลาง
6. สิ่งชักนำให้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.44	< .001**	ระดับต่ำ
โดยภาพรวม	0.48	< .001**	ระดับต่ำ

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูงซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิก ผู้ป่วยโรคไม่เรื้อรังที่ได้รับคำแนะนำ และการเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าทุกด้านมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ระดับสูงเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น บุคคลใกล้ชิดเคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือการให้ความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง และสามารถพิจารณารายด้าน ได้ดังนี้ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย

ไม่เพียงพอหรือขาดการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน/คุณภาพชีวิตลดลง (3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น หากสามารถจัดการความเครียดได้ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นเรื่องยาก (5) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น สามารถควบคุมการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก โดยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรม 3อ. คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการ

ความเครียด มีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ยังไม่ดีมากนัก เพราะกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง จึงไม่ได้มีการควบคุมปริมาณอาหารและการปรุง อีกทั้งยังไม่ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก และผลไม้ ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีความยากลำบากในการออกกำลังกาย เนื่องด้วยอายุที่มากขึ้น ประกอบกับสุขภาพร่างกายที่ไม่ค่อยแข็งแรงเท่าที่ควร และในเรื่องของการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการจัดการความเครียดกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในการใช้ชีวิต ซึ่งบางครั้งจัดการได้ยาก เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ที่มีต่อความเครียดนั้นได้ จึงทำให้ระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียดยังไม่มีเท่าที่ควร⁽¹⁰⁾ แต่พฤติกรรม 2ส. คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรามีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เลิกดื่มสุราและเลิกสูบบุหรี่แล้ว

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับต่ำ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดจากลักษณะทางกายภาพและสภาพร่างกาย จึงเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรม 3อ.2ส. ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเสี่ยงสูง⁽⁸⁾ ที่พบว่า การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง⁽⁸⁾ ที่พบว่า ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง แต่ไม่สามารถอธิบายตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ เนื่องจากผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง แต่ในด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ถ้าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก จะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตนเองมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีข้อจำกัดและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ แต่มีความสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง⁽⁹⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงการรับรู้ที่ดีไม่ได้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีตามมา แต่เมื่อพิจารณาการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ควบคุมปริมาณอาหารและการปรุงรสไม่ได้ จัดการความเครียดได้ยาก และงดดื่มสุราและสูบบุหรี่ได้ยาก แต่ก็เลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมไม่ได้ เพราะมีปัจจัยด้านต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง หรือซื้ออาหารมารับประทาน เป็นต้น ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาใน

กลุ่มผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องส่งเสริมความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. บุคลากรทางด้านสุขภาพควรจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยกำหนดประเด็นที่มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย และตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้สามารถ เกิดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาเพื่อหาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาในการอธิบายถึงพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กว้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากอาจารย์ผู้ดูแลทุกท่าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ให้ความช่วยเหลือติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ สำหรับการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างทุกคนในอำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ที่ได้ให้ความร่วมมือจนประสบความสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. Int J Stroke 2022; 17(1):18-29.
2. กองโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นการรณรงค์วันอัมพาตโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
3. ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริชากุล, สุวรรณ จันทรประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2563; 31(2):28-40.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี; 2565.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี.ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี; 2565.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข. สรุปรายงานผลการดำเนินงานผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข. ชลบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข; 2565.
7. กองสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ยี่สิบห้า มีเดีย จำกัด; 2565.

8. สุริยา หล้ากำ, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560; 9(2):85-94.
9. จตุพงษ์ พันธุ์ไธ, นิรมัย มณีรัตน์, สุกตราง ปวนไผ, สุขารินี ศรีสวัสดิ์, วินัฐ ดวงแสนจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(3):882-95.
10. พรศิริ พันธสี, กาญจนา ศรีสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่จิ๋วแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2563; 6(1):45-57.
11. Rosenstock M, Strecher J, Becker H. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q 1988; 15(2):175-83.
12. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences, 7th edition. New York: John Wiley and Sons Inc; 1999.
13. ชื่นกมล สิทธิยอดยิ่ง. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม

ความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2565; 2(2):46-60.

พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อ
และภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร – แขวงสะหวันนะเขต

Develop a Management Model and Cooperation in Responding to
Emergencies related to communicable diseases and international health threats.

Mukdahan Province – Savannakhet Province

พนัสนิธิ สุขบัติ*, ปัทธพร ตีสารัง

Punchawee Sukbut*, Pattaraporn Tisarang

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

Mukdahan Provincial Public Health Office

*Correspondence to: mbdsmuk@yahoo.co.th

Received: Sep 17, 2023 | Revised: Oct 26, 2023 | Accepted: Oct 27, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลระบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต โดยกลุ่มประชากรในการศึกษา มีจำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม และแบบสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ T-test

ผลการวิจัยพบว่า เครือข่ายในการดำเนินงานบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต ประชากรในการศึกษาจังหวัดมุกดาหาร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.00 กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.00 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 โดยส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 60.00 บทบาทในการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มด้านการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 52.00 ส่วนแขวงสะหวันนะเขต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.00 กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดคือ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.00 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.00 โดยส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 60.00 และบทบาทในการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มด้านการแพทย์

จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 รูปแบบการบริหารจัดการที่ได้คือ 2P2T3CoJcR หมายถึง 2P คือ แผนการดำเนินงาน 2 แผน ได้แก่ แผนภาวะฉุกเฉินและแผนภาวะปกติ 2T คือ ทีมปฏิบัติการ 2 ทีม ได้แก่ ทีมจากจังหวัดมุกดาหาร และทีมจากแขวงสะหวันนะเขต 3Co คือ การประสานงาน 3 ส่วน ได้แก่ การประสานระดับผู้บัญชาการเหตุการณ์ ระดับทีมปฏิบัติการ และระดับทีมสนับสนุน Jc คือ การบัญชาการร่วมกันระหว่างผู้บัญชาการจากจังหวัดมุกดาหารและแขวงสะหวันนะเขต R คือ การสื่อสารสาธารณะ การแถลงข่าว

ผลการทดสอบคะแนนค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ระหว่างประเทศจังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต ของทีมบัญชาการเหตุการณ์ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง และทีมสนับสนุนการปฏิบัติการ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ, ความร่วมมือ, การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ

Abstract

The objectives of this research are 1) To analyze and evaluate the management system and cooperation in responding to emergencies regarding communicable diseases and health hazards; international Mukdahan Province – Savannakhet Province 2) To develop management and cooperation models in responding to emergencies regarding communicable diseases and health hazards. international international Mukdahan Province - Savannakhet Province 3) To study the results of developing a management model and cooperation in responding to emergencies regarding infectious diseases and international health hazards. Mukdahan Province – Savannakhet Province The population in the study consisted of 50 people. The instrument used to collect this data was a questionnaire. and group discussion Statistics-used in data analysis include frequency, percentage, mean, standard deviation, and T-test.

The research results found that Network for operations, management and cooperation in responding to emergencies regarding communicable diseases and international health hazards. Mukdahan Province - Savannakhet Province Study population In Mukdahan Province Most are female. Accounting for 56.00 percent, the most common age group is 41 - 50 years, accounting for 32.00 percent. Most education is at the bachelor's level. Accounted for 40 percent, with the majority coming from public health agencies. Accounting for 60.00 percent, roles in management and cooperation in responding to emergencies regarding communicable diseases and health hazards. Most are medical

groups. Accounting for 52.00 percent, in Savannakhet Province, the majority of the sample were male. Accounting for 72.00 percent the highest age group is 31 - 40 years, accounting for 32.00 percent. The most education is at the bachelor's level. Accounted for 52.00 percent, with the majority coming from public health agencies. Accounting for 60.00 percent and the role in management and cooperation in responding to emergencies regarding communicable diseases and health hazards. Most of them were in the medical group, numbering 14 people, accounting for 56.00 percent. The resulting management model was 2P2T3CoJcR. The components were as followed; of 2P is two operational planes of an emergency and a normal situation; 2T is the operational teams from Mukdahan Province and Savannakhet District; 3Co is three parts of coordination consist of the incident commander, the operations team, and support team; Jc is joint incidence command between Mukdahan Province and Savannakhet Province; and R is public communication and the press conference.

The mean scores test after implementation the model of in emergency response operations regarding communicable diseases and international health hazards of Mukdahan Province-Savannakhet Province of the incident command team, early responder emergency team, First-level emergency response team, high-level emergency response team, and operations support team were mean scores significantly different at the 0.05 level.

Keywords: management, cooperation, international emergency response

บทนำ

จังหวัดมุกดาหาร ราชอาณาจักรไทยมีชายแดนติดกับ แขวงสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีแม่น้ำโขงกั้นระยะทาง 72 กิโลเมตร⁽¹⁾ ในพื้นที่อำเภอชายแดน 3 อำเภอคือ อำเภอดอนตาล อำเภอเมืองมุกดาหาร และอำเภอหว้านใหญ่ ประชาชนทั้งสองฝ่ายเดินทางไปมาหาสู่กันอย่างสะดวกสบายเพื่อทำการค้า การขนส่ง และการท่องเที่ยว รวมทั้งการเยี่ยมเยียนญาติพี่น้อง⁽²⁾ รวมถึงนักท่องเที่ยวที่เดินทางผ่านจังหวัดมุกดาหาร ไปท่องเที่ยวที่แขวงสะหวันนะเขต สปป.ลาว และประเทศเวียดนาม ด้วยที่ผ่านมา

ทั้งสองฝ่ายได้ช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในการดำเนินงานด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง และกฎอนามัยระหว่างประเทศปี พ.ศ. 2548 (International Health Regulations 2005: IHR 2005) อีกทั้งจังหวัดมุกดาหาร และแขวงสะหวันนะเขต ได้ดำเนินงานความร่วมมือโครงการเฝ้าระวังโรคประเทศเขตลุ่มแม่น้ำโขง (Mekong Basin Disease Surveillance: MBDS) ร่วมกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ 2547 จนถึงปัจจุบัน⁽²⁾

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี 2563 - 2565 WHO

ได้ประกาศให้เป็นการระบาดทั่วโลก (Pandemic)⁽³⁾ ซึ่งไม่สามารถควบคุมหรือกำจัดการให้หมดไปในระยะเวลาอันสั้นโดยอาศัยมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เพียงอย่างเดียว ต้องใช้มาตรการด้านสังคม โดยการเพิ่มระยะห่างระหว่างคน และยกเลิกกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก และมาตรการล็อกดาวน์ หรือการปิดบ้านปิดเมือง ทำให้แรงงาน ถูกเลิกจ้าง ไม่มีรายได้ ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยเฉพาะในช่วงวิกฤติการระบาด จึงเกิดเหตุการณ์อพยพกลับบ้านเกิดมากขึ้น จังหวัดมุกดาหารและแขวงสะหวันนะเขตได้ร่วมมือกันภายใต้บริบทตามมาตรการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดใหญ่ของโรค COVID-19 ของแต่ละประเทศอย่างเข้มงวด ซึ่งจะพบว่ามีปัญหาและความยุ่งยากหลายด้านทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารระบบบัญชาการในแต่ละเหตุการณ์ ที่ผ่านมาได้อาศัยรูปแบบการประสานงานแบบไม่เป็นทางการควบคู่ไปด้วย แต่ด้วยกฎระเบียบของแต่ละประเทศแตกต่างกัน ระบบการส่งต่อ รวมถึงแนวปฏิบัติที่เคยฝึกซ้อมหรือกำหนดไว้ร่วมกันไม่เป็นไปตามที่กำหนดหลายส่วน และในปี 2565 ได้เกิดเหตุการณ์อุบัติเหตุหมู่ (นักท่องเที่ยวไทย) ที่สปป.ลาว ช่วงเวลาปิดด่าน เกิดอุบัติเหตุรถทัวร์นักท่องเที่ยวชาวไทย ขณะเดินทางกลับจากเที่ยวประเทศเวียดนาม เมืองอาดสะพังทอง แขวงสะหวันนะเขต สปป.ลาว ห่างจากด่านมุกดาหาร ประมาณ 80 กม.

เหตุการณ์ครั้งนี้ต้องมีระบบการสั่งการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การทำงานต้องอาศัยทุกภาคส่วนร่วมกันทั้งระดับจังหวัดและระหว่างประเทศ

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต จึงสนใจดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลระบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

Phrase 1 การพัฒนาารูปแบบเบื้องต้น	Phrase 2 การทดลองและปรับปรุงรูปแบบ	Phrase 3 การนำไปใช้และประเมินผล
R1: Situation analysis - วิเคราะห์สถานการณ์ และความร่วมมือ MOU - การประเมินความรู้และทักษะเดิม - SWOT analysis D1 Develop Prototype - ปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการ - การปรับปรุง ทบทวน Flow chart - ถอดบทเรียน - สร้างทีม เครือข่าย Mini mert Border พัฒนาองค์ความรู้ - ฝึกซ้อมแผน AAR - จัดทำ SOP - ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและดำเนินการปรับปรุงแก้ไข	R2: Monitor โดยใช้แบบติดตามการดำเนินงาน - ติดตามปัจจัยนำเข้า เช่น บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ แนวทางปฏิบัติ - ติดตามกระบวนการดำเนินงาน เช่น การสั่งการ การอำนวยความสะดวก การประสานงาน - ติดตามผลผลิตจากการปฏิบัติงาน D2 Adjust Prototype - ฝึกซ้อมแผน แบบปฏิบัติจริง - ปรับปรุง Flow chart - จัดทำชุดความรู้ฯ ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่	R3: Extend + Evaluation โดยใช้แบบสอบถาม - ประเมินการปฏิบัติของทีม ICS - ประเมินการปฏิบัติของทีม Operation ได้แก่ ทีม (FR, BLS, ALS) - ประเมินการปฏิบัติของทีมสนับสนุน - ประเมินความพึงพอใจ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Research and Development) จากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่ทำการรวบรวมข้อมูลจากการถอดบทเรียนสถานการณ์การตอบโต้เหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ กรณีการระบาดของโรคโควิด 19 การส่งต่อแรงงานลาวกลับบ้านเกิด และภัยสุขภาพกรณีนักท่องเที่ยวไทยกรณีประสบอุบัติเหตุหมู่ที่สะพานห้วยน้ำเค็ด ต้องส่งต่อกลับมาจังหวัดมุกดาหาร การฝึกซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ คู่มือหนังสือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ติดตามและประเมินผลการทำงานจากสถานการณ์จริงในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ

ประชากรในการศึกษานี้จำนวน 50 คน ประกอบด้วย ฝ่ายไทยจากจังหวัดมุกดาหารจำนวน

25 คน และจากแขวงสะหวันนะเขต 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา หน่วยงาน บทบาทในระบบการบริหารและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ส่วนที่ 2 แบบประเมินการบริหารและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริหารและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการเก็บข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับการบริหารจัดการและความร่วมมือการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ กรณีการระบาดของโรคโควิด 19

การส่งต่อแรงงานลาวกลับบ้านเกิด กรณีนักท่องเที่ยวชาวไทยประสบอุบัติเหตุหมู่ที่แขวงสะหวันนะเขต ประกอบด้วย สถานการณ์ รายงานข่าว MOU ความร่วมมือ โฟรซาร์จ แผนงานและนโยบาย โครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนมกราคม 2565 – สิงหาคม 2566

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาข้อสรุป (Content analysis)⁽⁴⁾ จัดกลุ่มเนื้อหาแล้วนำมาเรียบเรียง สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เอกสารรับรองเลขที่ 0032.144.2564 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2564 และเลขที่ 0033.99.2565 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา

Phase 1: การพัฒนารูปแบบเบื้องต้น

การศึกษาข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการบริหารจัดการและความร่วมมือ บันทึกความเข้าใจในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพจังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต พบว่า ก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 สถิติการเข้าออกของประชาชน 2 จุดผ่านแดนของจังหวัดมุกดาหาร คือ ด่านมิตรภาพ 2 และด่านเรือสินค้า มีการเข้าออกเฉลี่ยวันละ 4,700 คน เฉลี่ยเดือนละ 140,000 คน ปีละ 1,700,000 คน ทั้งนี้สถิติการเข้าออกในแต่ละปีมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย และมีการเข้าออกของประชาชนแต่ละประเทศ 5 อันดับแรก

เรียงตามลำดับ คือ ลาว ร้อยละ 50, ไทย ร้อยละ 30, เวียดนาม ร้อยละ 10, อเมริกา ร้อยละ 3 และญี่ปุ่น ร้อยละ 2 ด้านการให้บริการผู้ป่วย ปี 2560 มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 21,971 คน และเก็บรายได้ 10,958,048 บาท ค่าเฉลี่ยเป็นเงิน 498.75 บาท/ราย สำหรับผู้ป่วยใน จำนวน 3,226 คน เก็บค่ารักษาพยาบาลได้ 36,311,939 บาท เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อการรักษาผู้ป่วยใน คือ 11,256 บาท/ราย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ระหว่างปี 2556-2560 รวมเป็นเงิน 18,317,236.75 บาท การมารับการรักษาหลังจากมีการปิดด่านประเพณีตามชายแดน พบว่าจำนวนผู้มารับบริการในโรงพยาบาลแถบชายแดนลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะข้ามด่านถาวรสะพานมิตรภาพมารับการรักษามากขึ้น หากพิจารณาแนวโน้มการเก็บค่ารักษาพยาบาลที่เก็บได้มากขึ้น พบว่าเกิดจากผู้บริหารให้ความสำคัญและร่วมวางระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแบบรายวันทำให้เก็บค่ารักษาได้ตามที่เรียกเก็บมากขึ้น และผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีรายได้และเตรียมพร้อมมารับการรักษามากขึ้น

ผลการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต พบว่า ในจังหวัดมุกดาหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดคือ 41-50 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40 โดยส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 บทบาทในการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน

โรคติดต่อและภัยสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มด้านการแพทย์ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 สำหรับแขวงสะหวันนะเขต ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 กลุ่มอายุที่มีมากที่สุดคือ 31-40 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 โดยส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และบทบาทในการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มด้านการแพทย์ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00

ผลการ SWOT analysis วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และปัจจัยคุกคาม ในการบริหารจัดการ และความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต โดยได้นำจุดแข็งประเด็นการมีระบบเทคโนโลยีรองรับการปฏิบัติงาน การมีบันทึกความเข้าใจ (MOU) ร่วมกัน การมีภาษาวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกันมาพัฒนาจุดอ่อน โดยสามารถสรุปกลยุทธ์ในการนำไปพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ และความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต ได้ดังนี้ 1) การส่งเสริมการใช้ระบบเทคโนโลยีในการดำเนินงาน ซึ่งจังหวัดมุกดาหารและแขวงสะหวันนะเขตได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศผ่านระบบ Line โดยมีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างประเทศทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน 2) การพัฒนาทักษะการซ่อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระหว่าง

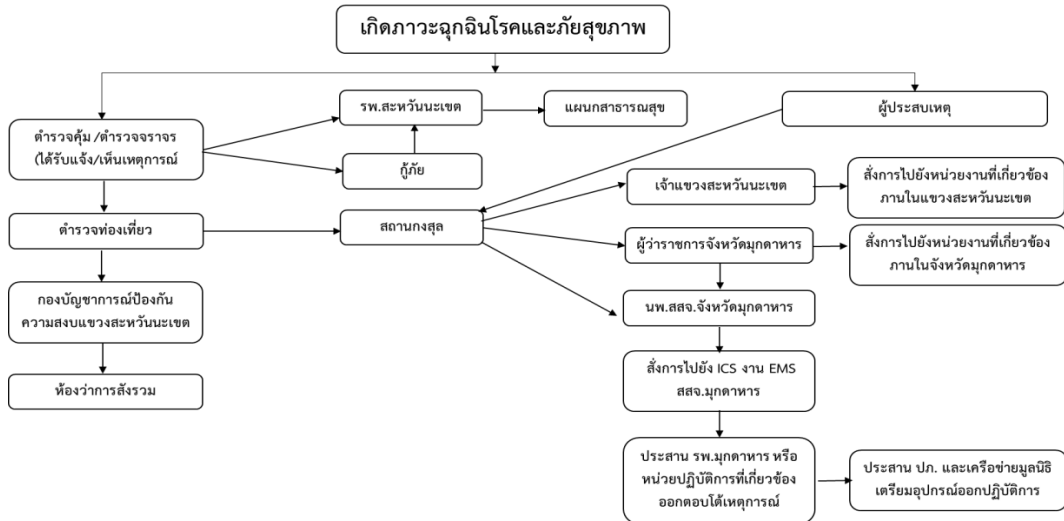
ประเทศ โดยมีกิจกรรมหลักเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานของผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการสั่งการ การประสานงานระหว่างประเทศ และพัฒนาทักษะในการออกปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศของ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder unit: FR) ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic life Support unit: BLS) และทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advance life Support unit: ALS) ในประเด็นการประสานส่งต่อ การสื่อสาร การช่วยเหลือผู้ป่วยตามความรุนแรงโดยการแบ่งสี เขียว เหลือง แดง ขาว และดำ 3) การพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างประเทศ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างประเทศ ได้แก่ ด้านตรวจคนเข้าเมือง ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ศุลกากร แขวงทางหลวง ซึ่งมีบทบาทในการอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 2 Develop Prototype ขั้นตอนการทดลองและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต มีการนำผลที่ได้จากการดำเนินงาน Phase 1 มาพัฒนาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการบริหาร (POSDCoRB)⁽⁵⁾ และใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม⁽⁶⁾ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต ได้ดังนี้ ระบบบัญชาการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต

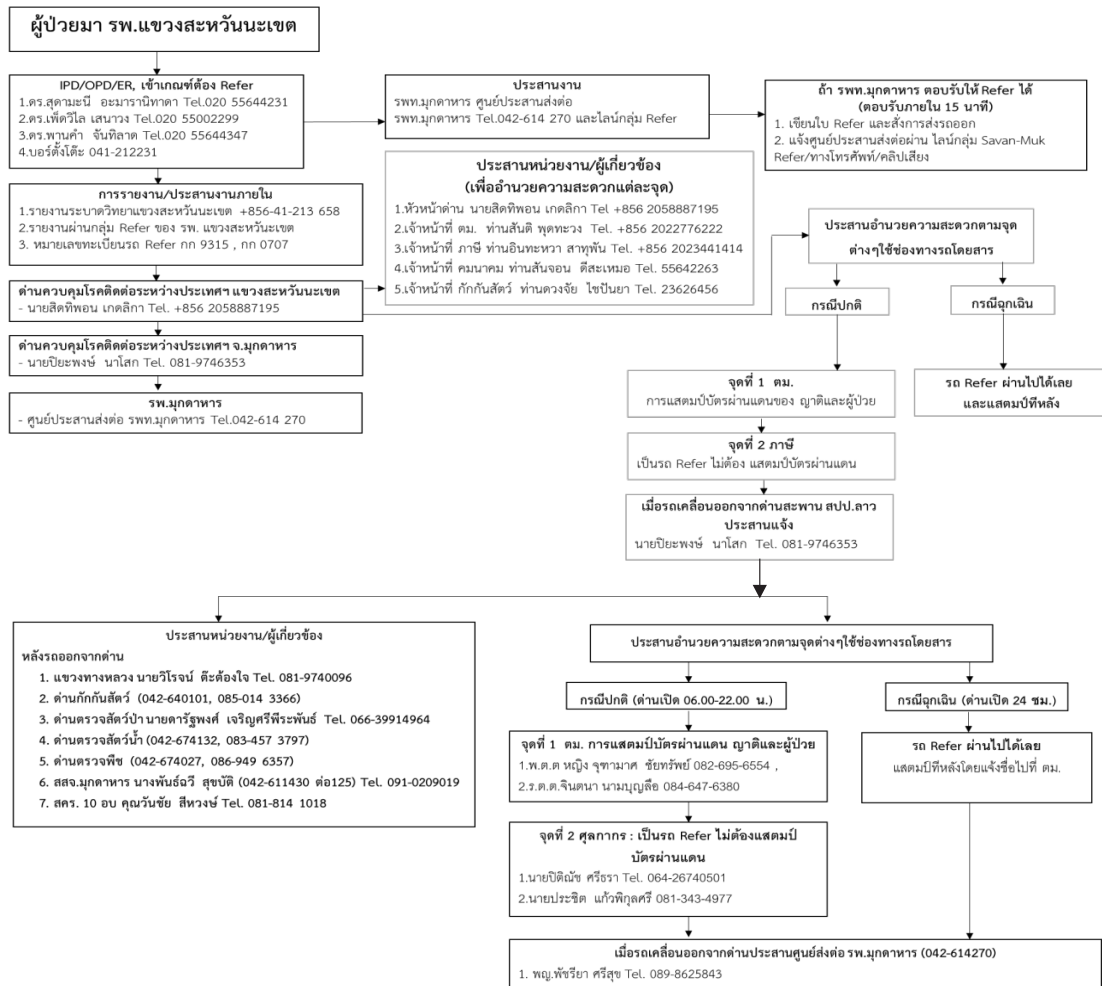
สำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน มีการจัดโครงสร้างองค์กร ประกอบด้วย บุคลากรในจังหวัดมุกดาหารและแขวงสะหวันนะเขต โดยทีมบัญชาการเหตุการณ์ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร-เจ้าแขวงสะหวันนะเขต เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ ท่านกงสุลใหญ่ ณ แขวงสะหวันนะเขต เป็นผู้ประสานงานระหว่างประเทศ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร-หัวหน้าแผนกสาธารณสุขแขวงสะหวันนะเขต เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติการ (Operation Team) เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ผู้ประสบเหตุหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจเมือง สามารถประสานแจ้งเหตุไปยังสถานกงสุลใหญ่ ณ แขวงสะหวันนะเขต โดยกงสุลใหญ่ ณ แขวงสะหวันนะเขต จะเป็นผู้ประสานไปยังผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร และเจ้าแขวงสะหวันนะเขตเพื่อสั่งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหารจะสั่งการนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เพื่อให้หัวหน้าทีมปฏิบัติการออกตอบโต้เหตุการณ์ และสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านควบคุมโรค ด้านศุลกากร แขวงทางหลวง ด้านตรวจคนเข้าเมือง ส่วนเจ้าแขวงสะหวันนะเขตจะสั่งการหัวหน้าด่านสะพานแขวงสะหวันนะเขตเพื่อสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานให้แก่ทีมปฏิบัติการ

รูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศจังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต สำหรับเหตุการณ์

ปกติ จะไม่มีระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) แต่จะปฏิบัติงานภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน โดยมีทีมรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ได้แก่ ทีม FR BLS ALS จากจังหวัดมุกดาหาร และแขวงสะหวันนะเขต เป็นทีมปฏิบัติการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของเหตุการณ์ว่าจะเลือกทีมใดออกปฏิบัติงาน และมีหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการปฏิบัติงาน จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย ด้านควบคุมโรค ด้านศุลกากร แขวงทางหลวง ด้านตรวจคนเข้าเมือง แขวงสะหวันนะเขต ประกอบด้วย หัวหน้าด่านสะพานมิตรภาพแห่งที่ 2 หัวหน้าด่านตรวจคนเข้าเมือง ศุลกากร หัวหน้าคมนาคม และหัวหน้าด่านกักสัตว์ ซึ่งมีขั้นตอนการส่งต่อดังนี้ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โฮงหมอแขวงสะหวันนะเขต และเข้าเกณฑ์การส่งต่อรักษา เจ้าหน้าที่โฮงหมอแขวงสะหวันนะเขตจะประสานไปศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลมุกดาหารพร้อมส่งรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบไลน์กลุ่ม savan-muk refer โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลมุกดาหารจะตรวจสอบข้อมูลและตอบกลับภายใน 15 นาที หลังจากได้รับการตอบรับการส่งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่โฮงหมอแขวงสะหวันนะเขตจะประสานไปยังแผนกสาธารณสุขแขวงสะหวันนะเขต และแผนกสาธารณสุขแขวงสะหวันนะเขตจะดำเนินการประสานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศเพื่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนผังแนวทางการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขตได้ตามภาพที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 แผนผังระบบบัญชาการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต สำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน



ภาพที่ 2 แผนผังแสดงขั้นตอนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร – แขวงสะหวันนะเขต สำหรับเหตุการณ์ปกติ

Phase 2: การนำ Prototype ไปทดลองใช้และปรับปรุงเป็น Model

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้และปรับปรุงเป็น Model ผู้วิจัยได้นำรูปแบบเบื้องต้นไปทดลองใช้ทั้งในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและการปฏิบัติตอบโต้ในภาวะปกติโดยในภาวะฉุกเฉินได้นำรูปแบบไปทดลองใช้ในการฝึกซ้อมการเกิดอุบัติเหตุหมู่ระหว่างประเทศ ส่วนการตอบโต้ในภาวะปกติได้นำไปทดลองใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศตามสถานการณ์จริง ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 และได้ติดตามประเมินผล ค้นหาข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศจังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต โดยมีขั้นตอนการนำไปใช้ดังนี้

การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในการตอบโต้ภาวะสถานการณ์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้นำรูปแบบไปใช้ในการซ้อมแผนอุบัติหมู่ระหว่างประเทศ โดยกำหนดสถานการณ์สมมุติ “มีรถตู้ท่องเที่ยวประชาชนชาวไทยและลาว เกิดอุบัติเหตุชนกับรถกระบะส่วนบุคคลของประชาชนแขวงสะหวันนะเขต มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 14 คน เสียชีวิต 1 คน” โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ประกอบด้วยผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร เจ้าแขวงสะหวันนะเขต กงสุลใหญ่ ณ แขวงสะหวันนะเขต มีหน้าที่รับแจ้งข่าวจากไกด์นำเที่ยว (ผู้ประสบเหตุ) ผ่านทางระบบโทรศัพท์ พร้อมทั้งบัญชาการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ส่วนทีมปฏิบัติการ ประกอบด้วยทีม ALS BLS FR จากจังหวัดมุกดาหารและแขวงสะหวันนะเขต

มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยทีม FR จากแขวงสะหวันนะเขต (รถกู้ชีพมูลนิธิหมมเมเทบ) ออกรับผู้ป่วยประเภทสีเขียว ทีม BLS จากแขวงสะหวันนะเขต (รถกู้ชีพจากโงมอแขวงสะหวันนะเขต) ออกรับผู้ป่วยประเภทสีเหลือง โดยทั้งสองทีมนำส่งผู้ป่วยไปยังโงมอแขวงสะหวันนะเขต ส่วนทีมจากจังหวัดมุกดาหาร ทีม ALS ออกรับผู้ป่วยประเภทสีแดง โดยนำส่งต่อมายังโรงพยาบาลมุกดาหาร ผ่านด่านสะพานแขวงสะหวันนะเขต และด่านสะพานมิตรภาพแห่งที่ 2 จังหวัดมุกดาหาร นอกจากนี้ยังมีทีมสนับสนุนอำนวยความสะดวกให้การส่งต่อเป็นไปด้วยความถูกต้องและรวดเร็ว โดยมีการดำเนินงานดังนี้ เจ้าแขวงสะหวันนะเขตสั่งการไปยังด่านหัวหน้าด่านสะพานสะหวันนะเขต เพื่ออำนวยความสะดวกโดยกำหนดช่องทางการเดินรถฉุกเฉิน จัดเจ้าหน้าที่ชี้ช่องทางการเดินรถให้รถฉุกเฉินโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการทางศุลกากร แต่จะดำเนินการภายหลังส่งต่อผู้ป่วยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ALS ออกจากด่านแขวงสะหวันนะเขต ด้านควบคุมโรคติดต่อแขวงสะหวันนะเขต ดำเนินการแจ้งไปยังด่านควบคุมโรคติดต่อจังหวัดมุกดาหารผ่านระบบ Line เพื่อประสานหน่วยสนับสนุน ได้แก่ ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง เจ้าหน้าที่ศุลกากรเจ้าหน้าที่คมนาคมให้อำนวยความสะดวกให้รถฉุกเฉิน โดยกำหนดช่องทางการเดินรถฉุกเฉินพร้อมเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ส่งผู้ป่วยก่อนไปยังโรงพยาบาลมุกดาหารแล้วค่อยกลับดำเนินการตามวิธีตรวจคนเข้าเมือง

การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในการตอบโต้ภาวะสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีปกติ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบไปใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศในภาวะปกติ โดยได้ประชุมชี้แจงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องถึง

รายละเอียดขั้นตอนการส่งต่อตามโพรซาร์จ เพื่อทำความเข้าใจสำหรับผู้ปฏิบัติโดยนำไปทดลองใช้ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 โดยผู้เกี่ยวข้องจากแขวงสะหวันนะเขต ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยใน (Inpatient Department) แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department) และแผนกฉุกเฉิน (Emergency Room) โสงหมอแขวงสะหวันนะเขต เจ้าหน้าที่ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง แผนกสาธารณสุข ด้านควบคุมโรคติดต่อเจ้าหน้าที่ด่านสะพาน เจ้าหน้าที่ภาษี เจ้าหน้าที่คมนาคม โดยมีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปด้วยความถูกต้องรวดเร็ว ผู้เกี่ยวข้องฝ่ายจังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่แผนก ER โรงพยาบาลมุกดาหาร มีหน้าที่ติดต่อประสานการส่งต่อผู้ป่วย ผ่านระบบ Line savan-muk ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง เจ้าหน้าที่ศุลกากร เจ้าหน้าที่คมนาคม มีหน้าที่อำนวยความสะดวกให้การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปด้วยความถูกต้องรวดเร็ว โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการติดตามประเมินผลภายหลังทดลองใช้ 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบ จากการฝึกซ้อมแผนและการนำไปทดลองใช้ สามารถสรุปผลของการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ มีการประเมินผลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และใช้แบบสอบถามประกอบการประเมินผล 2 ส่วน คือ แบบสอบถามความรู้การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ

ระหว่างประเทศจังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต ได้ดังนี้

1) ด้านการพัฒนาทีม ดำเนินการฝึกอบรมทีม ALS BLS และ FR จำนวน 30 คน แบ่งเป็นทีมจากจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 15 คน และทีมจากสะหวันนะเขต จำนวน 15 คน โดยเนื้อหาในการอบรมเน้นในเรื่องมาตรฐานการตอบโต้อุบัติเหตุ หมู่ การคัดแยกผู้ป่วย การปฐมพยาบาลผู้ป่วยตามความรุนแรง การสื่อสาร

2) ด้านการพัฒนาการสื่อสารของผู้บัญชาการเหตุการณ์ มีการประชุมถอดบทเรียนจากการซ้อมแผน โดยได้ทำคู่มือแนวทางการสื่อสารข้อมูลกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพ เช่น ขนาดของเหตุการณ์ ความรุนแรงของเหตุการณ์ ช่องทางการสื่อสาร ลำดับความสำคัญของบุคคลที่ต้องสื่อสาร

3) ด้านการพัฒนาการสื่อสารของทีมสนับสนุนและทีมปฏิบัติการ ได้ประชุมถอดบทเรียนหลังการฝึกซ้อมแผนเสมือนจริง และหลังการนำไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง ผลจากการถอดบทเรียนมีการพัฒนาแบบฟอร์มเพื่อการประสานงานส่งต่อ จัดทำทำเนียบการประสานระหว่างประเทศ กำหนดช่องทางการสื่อสารให้ความเป็นเอกภาพ

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต

หน่วยงาน	คะแนนความรู้ก่อนการดำเนินการ		คะแนนความรู้หลังการดำเนินการ		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
Team Minimert เมืองคูขนาน มุกดาหาร-สะหวันนะเขต	12.75	3.21	18.53	2.59	12.33	.00

จากตารางที่ 1 ผลการทดสอบคะแนนค่าเฉลี่ย สะหวันนะเขต พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน ความรู้ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภัยสุขภาพระหว่างประเทศจังหวัดมุกดาหาร-แขวง

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต (กรณีซ้อมแผนอุบัติเหตุ)

ทีมปฏิบัติการ	คะแนนการปฏิบัติก่อนการดำเนินการ		คะแนนการปฏิบัติหลังการดำเนินการ		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ทีมบัญชาการเหตุการณ์	12.75	3.21	18.53	2.59	12.33	.00
ทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์						
- ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)	14.26	3.42	18.21	1.59	8.57	.00
- ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS)	8.27	2.69	16.72	2.32	17.52	.00
- ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR)	9.88	1.57	15.56	2.44	10.24	.00
ทีมสนับสนุนประกอบด้วย (ด้านตรวจ คนเข้าเมือง, ด้านควบคุมโรค, แขวงทางหลวง, ศุลกากร)	11.96	2.31	17.41	1.65	15.68	.00

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบคะแนน มุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขตทุกทีมปฏิบัติการ ค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศจังหวัด ทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต

ระดับความพึงพอใจ	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1 ดีมาก	> ร้อยละ 80	35	72.00
ระดับที่ 2 ดี	60 - 79	7	14.00
ระดับที่ 3 พอใช้	40 - 59	5	10.00
ระดับที่ 4 ต้องปรับปรุง	0 - 39	2	4.00

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก มากที่สุดจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมา คือระดับดี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 14.00

จากการดำเนินงานสามารถสรุปรูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต เป็น 2T2P3CoJcR ตามภาพที่ 3 โดยแต่ละองค์ประกอบมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. การจัดโครงสร้างการดำเนินงานเป็น 2 ทีม (2T) ได้แก่ ทีมจากประเทศไทย (Thai mini Mert Team) และทีมจากแขวงสะหวันนะเขต (Lao Mini Mert Team) โดยแต่ละทีมมีหน้าที่ออกตอบโต้เหตุการณ์ตามแผน ซึ่งแบ่งเป็นแผนตอบโต้เหตุการณ์ภาวะฉุกเฉิน และแผนตอบโต้เหตุการณ์ปกติ

2. แผนการตอบโต้เหตุการณ์ 2P ประกอบด้วย แผนตอบโต้เหตุการณ์ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response Plan: ERP) เช่น การเกิดอุบัติเหตุหมู่ระหว่างประเทศ และแผนตอบโต้เหตุการณ์ปกติ

(Normal Response Plan: NRP) เช่น การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขตและโรงพยาบาลมุกดาหาร

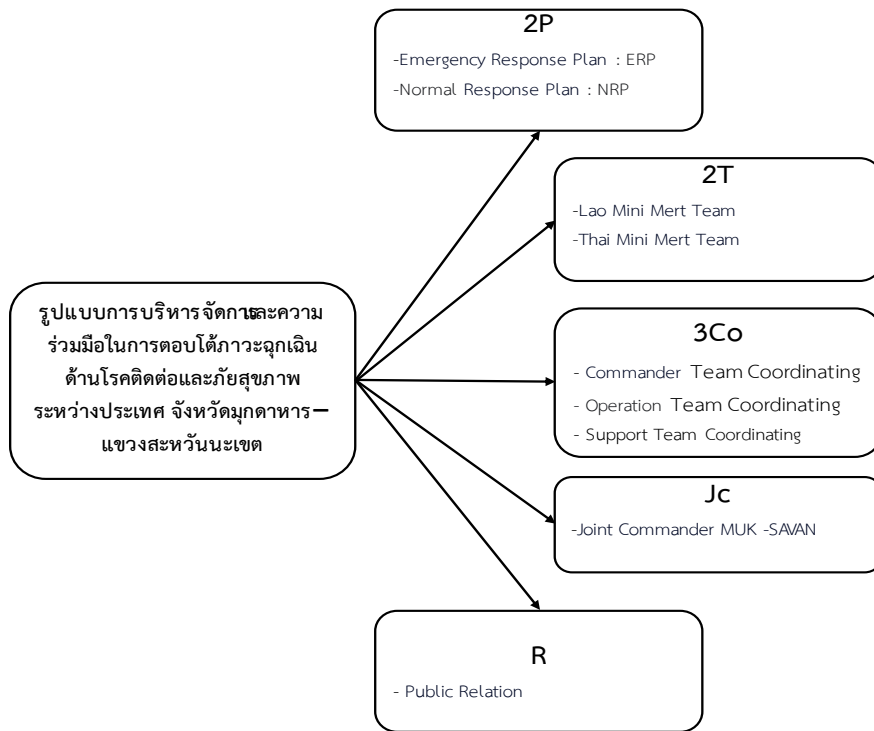
3. การประสานงาน 3Co ประกอบด้วย

- 1) การประสานงานทีมบัญชาการเหตุการณ์ (Commander Team Coordination) มีหน้าที่ประสานงานกับผู้บัญชาการระหว่างจังหวัดมุกดาหารกับแขวงสะหวันนะเขต ถึงรายละเอียดของเหตุการณ์และแนวทางการตอบโต้เหตุการณ์
- 2) การประสานงานทีมปฏิบัติการ (Operation Team Coordination) เป็นการประสานงานถึงรายละเอียดของเหตุการณ์ เช่น ขนาด ความรุนแรง และประเภทของผู้บาดเจ็บ
- 3) การประสานงานของทีมสนับสนุน (Support Team Coordination) มีหน้าที่ประสานงานการอำนวยความสะดวกในการตอบโต้เหตุการณ์ระหว่างจังหวัดมุกดาหารและแขวงสะหวันนะเขต ประกอบด้วย ด้านควบคุมโรค ด้านตรวจคนเข้าเมือง ด้านศุลกากร แขวงทางหลวง

4. การบัญชาการร่วม (Joint Commander: Jc) โดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ทั้งจากจังหวัดมุกดาหารและแขวงสะหวันนะเขต มีหน้าที่ในการบัญชาการเหตุการณ์ร่วมกัน เช่น การกำหนดทีมออกตอบโต้เหตุการณ์ ALS BLS หรือ FR การกำหนดการสื่อสารสาธารณะ การรายงานข่าวร่วมกัน

5. การสื่อสารสาธารณะ (Public Relation) ประกอบด้วย ประชาสัมพันธ์จังหวัดมุกดาหาร และ ห้องการแถลงข่าวและวัฒนธรรมแขวงสะหวันนะเขต

มีหน้าที่ในการกลั่นกรองข่าวสารเพื่อนำเสนอต่อสาธารณะ



ภาพที่ 3 รูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร - แขวงสะหวันนะเขต

Phase 3: การขยายผลและการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 5 การนำไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ การนำรูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน มีขั้นตอนในการขยายผลและการนำไปใช้ได้ดังนี้

1. การจัดโครงสร้างทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ ประกอบด้วย ทีมบัญชาการเหตุการณ์ ทีมปฏิบัติการ และทีมสนับสนุน ทั้งจังหวัดมุกดาหารและแขวงสะหวันนะเขต โดยทีมบัญชาการ ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร เจ้าแขวงสะหวันนะเขต และกงสุลใหญ่ แขวงสะหวันนะเขต ทีมปฏิบัติการ ประกอบด้วย

ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS) และทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) และทีมสนับสนุนการปฏิบัติการ ประกอบด้วย หัวหน้าด่านตรวจคนเข้าเมือง หัวหน้าด่านศุลกากร หัวหน้าด่านควบคุมโรค หัวหน้าแนวทางหลวง หัวหน้าด่านสะพาน

2. จัดทำแผน หรือแนวทางการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพโดยแยกเป็นแผนตอบโต้กรณีภาวะฉุกเฉิน และแผนตอบโต้กรณีปกติ ซึ่งแผนการตอบโต้กรณีภาวะฉุกเฉินจะดำเนินการภายใต้การบัญชาการของผู้บัญชาการเหตุการณ์ทั้ง 2 ฝ่าย ส่วนแผนการตอบโต้กรณี

ปกติจะดำเนินการภายใต้ข้อตกลงการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ

3. การพัฒนาทีมบุคลากรเหตุการณ์ ทีมปฏิบัติการ และทีมสนับสนุนโดยผ่านกระบวนการซ้อมแผนบนโต๊ะ และการซ้อมแผนเสมือนจริง โดยกำหนดสถานการณ์สมมติเพื่อให้ทุกทีมได้ดำเนินการตามแผนหรือแนวทางที่กำหนดไว้

4. การประชาสัมพันธ์ จัดทำแนวทางการสื่อสารเหตุการณ์ให้ประชาชนหรือผู้สื่อข่าวให้เป็นเอกภาพ

5. การถอดบทเรียน หลังจากนำไปทดลองใช้หรือหลังจากซ้อมแผนบนโต๊ะและการฝึกซ้อมแผนเสมือนจริง เพื่อแก้ไขข้อจำกัดในการดำเนินงาน แล้วสรุปเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ต่อไป

6. การจัดทำ MOU แนวทางการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายลงนามแล้วนำไปปฏิบัติร่วมกัน

วิจารณ์

การพัฒนาแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต ผลการวิจัยพบว่า การบริหารจัดการในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร-แขวงสะหวันนะเขต ต้องมีการประสานงาน มีความร่วมมือ การสนับสนุน ช่วยเหลือกันโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการตอบโต้ แก้ปัญหา และเป็นการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในจังหวัดและระหว่างประเทศ จึงจะส่งผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความ

ปลอดภัยและภาคภูมิใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วม การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นการสร้างคุณค่า เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมกิจกรรม⁽⁷⁾

รูปแบบความร่วมมือโดยการสร้างทีม มีโครงสร้างการประสานงาน สร้างและพัฒนาทีมส่งต่อ Mimi Mert ระหว่างประเทศ กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ทบทวน ปรับปรุงขั้นตอนแนวปฏิบัติ มีระบบสั่งการ การฝึกซ้อมแผนแบบปฏิบัติจริง พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ทีม ดึงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม สร้างทีมงานในรูปแบบเครือข่าย และสร้างภาคีเครือข่ายนอกประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของพินันทิพา มาลาหอม และคณะ ศึกษาเรื่องการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-ลาว กรณีศึกษา จังหวัดอุบลราชธานีกับแขวงจำปาสัก สปป.ลาว ที่พบว่า การพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการพัฒนาแบบจำลองระบบให้เป็นแบบแผนและเข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติงานไปในทางเดียวกัน มีแนวทาง และคู่มือ และการประสานความร่วมมือในการติดต่อเพื่อส่งต่อข้อมูล มีการดึงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม มีการสร้างทีมงานในรูปแบบเครือข่ายพันธมิตรใช้ระบบงานสาธารณสุข ด้านการทูต เพื่อลดความขัดแย้งในการดำเนินงานกับประเทศเพื่อนบ้าน มีการสร้างภาคีเครือข่ายนอกประเทศ รวมทั้งมีการดำเนินงานด้านการติดตามและประเมินผลไปพร้อมกัน⁽⁸⁾

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. จัดทำและพัฒนาโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของทีมให้ชัดเจน เป็นปัจจุบัน ครบตามโครงสร้างระบบบัญชาการ ทั้งทีมบัญชาการ

ปฏิบัติการ และทีมสนับสนุน รวมถึงการกำกับติดตามประเมินผลร่วมกัน

2. พัฒนาต่อยอระบบการส่งต่อระหว่างประเทศให้ทันสมัย โดยนำระบบ Digital refer มาใช้ให้ครอบคลุมถึงโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพอื่นๆ

3. พัฒนางค์ความรู้ สมรรถนะ ทักษะของ ทีมส่งต่อระหว่างประเทศ ประชุม Work shop ทีม Refer Border พัฒนางานวิจัยเพื่อการพัฒนาทางสาธารณสุขชายแดนร่วมกัน

4. จัดทำชุดความรู้การรับส่งผู้ป่วยโรคและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ โดยจัดทำเป็นสองภาษา

5. เสนอขั้นตอนการส่งต่อ (Flow chart) ให้ผู้บริหารทั้งสองฝ่ายเห็นชอบเพื่อนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

6. พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค Smart prevention ขยายความร่วมมือ 3 ประเทศ ระบบข้อมูลและ web site มุก-สะหวัน-กวังตริ เวียดนาม ต่อเนื่อง

7. พัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน Smart Refer & Smart response โดยการสร้างทีมบัดดี้ มุกดาหาร สะหวันนะเขต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ตอบโต้สถานการณ์การระบาดหรือภาวะฉุกเฉินและการตอบโต้ด้านสาธารณสุขและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ ให้ครอบคลุมถึงด้านสิ่งแวดล้อม โรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์ (One Health) ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและการพัฒนางานสาธารณสุขทั้งสองประเทศต่อไปในอนาคต

2. วิจัยถอดบทเรียนและพัฒนารูปแบบความร่วมมือเครือข่ายภาครัฐและเอกชนในการรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ให้ครอบคลุม

ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในจังหวัดและระหว่างประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายวรญาณ บุญณราช ผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร นายแพทย์มานพ ฉลาดธัญญกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ที่สนับสนุนการดำเนินงาน ขอขอบพระคุณ ท่านกงสุลใหญ่ ณ แขวงสะหวันนะเขต ท่านเจ้าแขวงสะหวันนะเขต หัวหน้าแผนกสาธารณสุขแขวงสะหวันนะเขต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขต เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของ แขวงสะหวันนะเขต และจังหวัดมุกดาหาร คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดมุกดาหาร คณะผู้บริหาร หัวหน้าส่วนราชการ องค์การภาครัฐ คณะกรรมการช่องทางด่านสะพานมิตรภาพ 2 สารวัตรตรวจคนเข้าเมืองมุกดาหาร และแขวงสะหวันนะเขต องค์การเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. คชพล คชพลายุภักต์. ข้อมูลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. สวท.มุกดาหาร; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TNSOC6104200010096>
2. สุนทรีย์ ทับมาโนช. บันทึก MOU ด้านสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดมุกดาหาร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thainews.prd.go.th/th/news/print_news/TCATG230918184252415

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
สถานการณ์ภาพรวมทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต].
2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้
จาก: [https://ddc.moph.go.th/
viralpneumonia/ind_world.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php)
4. กิติมา ปรีดีติลล. กระบวนการบริหารและการ
นิเทศการศึกษาเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร:
อักษรบัณฑิต; 2532.
5. กุลนิตดา สายสอน. กระบวนการจัดการที่
มีอิทธิพลต่อความมีประสิทธิภาพขององค์กร
สำหรับธุรกิจก่อสร้างและที่พักอาศัย ใน
เขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญา
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร;
2560.
6. พวงเพชร จินะวงศ์. การพัฒนาความสามารถ
ในการแนะแนวของครูโรงเรียนชุมชนสัน
ป่ายางหลวงด้วย กระบวนการวิจัยแบบ
มีส่วนร่วม [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร
มหาบัณฑิต]. ลำปาง: มหาวิทยาลัยราชภัฏ
ลำปาง; 2549.
7. ดำรง อารงเลาะห์พันธ์. การศึกษามาตรการ
ของประเทศไทยในการจัดการอนามัย
สิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว
[รายงานการศึกษาส่วนบุคคลหลักสูตรนัก
บริหารการทูต รุ่นที่ 11 สถาบันการต่าง
ประเทศเทววงศ์โรโปการ]. กรุงเทพมหานคร:
กระทรวงการต่างประเทศ; 2562.
8. พิมพ์ทิพา มาลาหอม, ณัฐกฤตย์ เสี่ยงมศักดิ์,
ธนาวุฒิ พรหมดี, วรุฒิ พงษ์อุดม. การพัฒนา
ระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศไทย-ลาว
กรณีศึกษา จังหวัดอุบลราชธานีกับแขวง
จำปาสัก สปป.ลาว. เชียงรายเวชสาร 2562;
11(1):55-64.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Factors related to Long COVID in people with a history of COVID-19 infection in Ang Sila Sub-district, Mueang District, Chonburi Province

กมลรัตน์ โสประโคน¹, กัลยา อินธิเดช¹, อรรัตน์ หวังประดิษฐ์¹, อภิญญา ดวงสิน², วรยุทธ นาคอ้าย^{1*}
Kamonrat Soprakhon¹, Kanlaya Inthidet¹, Orarat Wangpradit¹, Apinya Duangsin², Worayuth Nak-ai^{1*}

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
²สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

¹Sirindhorn College of Public Health Chon buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajachanok Institute

²The Office Of Disease Prevention and Control 6th Chonburi Province

*Correspondence to: Worayuth@scphc.ac.th

Received: Aug 4, 2023 | Revised: Oct 27, 2023 | Accepted: Nov 7, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 146 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบโควตาและสุ่มแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองที่ทีมนักวิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติ Odds ratio ที่ความเชื่อมั่น 95%CI

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยนำที่มีโอกาสเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ เพศ (OR 1.96, 95%CI = 0.95-4.07) จำนวนครั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19 (OR 1.33, 95%CI = 0.40-4.38) อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างติดเชื้อ ได้แก่ ไอ (OR 1.76, 95%CI = 0.86-3.61) นอนไม่หลับ (OR 4.67, 95%CI = 0.58-37.68) ปวดศีรษะ (OR 1.28, 95%CI = 0.56-2.94) อ่อนเพลีย (OR 2.16, 95%CI = 0.822-5.712) เวียนศีรษะ (OR 2.911, 95%CI = 0.943-8.993) เจ็บหน้าอก (OR 1.31, 95%CI = 0.25-6.77) เจ็บคอ (OR 1.38, 95%CI = 0.67-2.84) จาม/มีน้ำมูก (OR 1.13, 95%CI = 0.50-2.55) ปัจจัยเอื้อที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ สิทธิการรักษา (OR 1.24, 95%CI = 0.59-2.61) ตัวแปรดังกล่าวข้างต้นยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะควรมีการส่งเสริมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยการออกกำลังกายดูแลตนเองเป็นพิเศษขณะติดเชื้อโควิด-19 หลังฉีดยาวัคซีนยังต้องคงมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งการสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือ หน่วยงานต่างๆ ควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิง ผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่มียาประจำตัว

คำสำคัญ: โควิด-19, ภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19

Abstract

Cross-sectional analytical study aimed to determine factors associated with Post Covid-19 Syndrome among people with history of COVID-19 infection in Ang Sila sub-district, Mueang district, Chonburi province. The research was conducted in January 2023 in 146 subjects by quota random sampling. Data were collected using self-administered questionnaires created by the research team and analyzed using odds ratio statistics 95% Confidence Interval.

The result showed that leading factors that are likely to be at risk of Post Covid-19 Syndrome are gender (OR 1.96, 95%CI = 0.95-4.07), number of times they have had COVID-19 (OR 1.33, 95%CI = 0.40-4.38) Symptoms during infection include cough (OR 1.76, 95%CI = 0.86-3.61), insomnia (OR 4.67, 95%CI = 0.58-37.68), headache (OR 1.28, 95%CI = 0.52-2.94), fatigue (OR 2.16, 95%CI = 0.82-5.71), dizziness (OR 2.91, 95%CI = 0.94-8.99), chest pain (OR 1.31, 95%CI = 0.25-6.77), sore throat (OR 1.38, 95%CI = 0.67-2.84), sneezing/runny nose (OR 1.13, 95%CI = 0.50-2.55). Contributing factors that increase the risk of Post Covid-19 Syndrome include treatment rights (OR 1.24, 95%CI = 0.59-2.61). All of the above-mentioned factors do not have statistical significantly to confirm.

Recommendations: there should be health promotion to reduce the risk of post COVID-19 complications, for example, exercise, special self-care during COVID-19 infection, and continuous prevention measures after vaccination, including wearing masks and washing hands. In addition, various agencies should emphasize in surveillance, especially in female patients, older adults, and people without underlying diseases.

Keywords: COVID-19, Long Covid-19

บทนำ

โรคโควิด-19 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งมีการค้นพบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ณ วันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นจำนวน 572 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งทำให้เห็นว่าอัตราการ

เสียชีวิตจากโรคนี้อัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อรายแรก เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 ในระยะต่อมา จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างช้าๆ ทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศและผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อ

อันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽²⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รายงานสถานการณ์โควิด-19 ภายในจังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสม 646,288 ราย เสียชีวิตสะสม 447 ราย⁽³⁾ และเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ในพื้นที่ชุมชนซอย 57 ตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี พบผู้ติดเชื้อภายในชุมชนเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งมีผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อซึ่งมีความเสี่ยงสูงจำนวนมาก การแพร่ระบาดครั้งนี้ส่งผลให้ตำบลอื่นๆ ในอำเภอมือง จังหวัดชลบุรี มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะตำบลอ่างศิลา ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง เนื่องจากตำบลอ่างศิลามีร้านขายของฝากริมทางจำนวนมากและยังมีตลาดประมงอ่างศิลาที่ถือเป็นแหล่งรวมสินค้าสดน้ำขนาดใหญ่ ทำให้มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเข้ามาซื้อสินค้าอย่างไม่ขาดสาย ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในพื้นที่ตำบลอ่างศิลาพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการตรวจแบบ RT-PCR (Polymerase chain reaction) สะสมตั้งแต่วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 209 ราย เสียชีวิต 4 ราย⁽⁴⁾

ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบอาการผิดปกติหรือภาวะลองโควิดหลังป่วยเป็นโควิด-19 ภายหลังรักษาหาย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันไป โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหายแล้วซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย โดยจะมีอาการภายหลังได้รับเชื้อ 12 สัปดาห์ เนื่องจากระหว่างการติดเชื้อร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาเพื่อไปจับกับเซลล์โปรตีนของบางอวัยวะ ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกาย เป็นผลให้อวัยวะนั้นๆ ได้รับความเสียหายโดยผู้ป่วยที่รักษาโควิด-19 หายแล้ว ร้อยละ 80.00

จะมีอาการที่เกิดภายหลังจากป่วยเป็นโควิด-19 อย่างน้อย 1 อาการ และมีรายงานการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 จะมีภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้ถึง 7 เดือน โดยเฉพาะอาการทั้งระบบ (systemic) และอาการทางระบบประสาท (neurological) หรือการรับรู้ (cognitive) โดยอาการที่เกิดขึ้นมักจะไม่หายเป็นปกติเหมือนก่อนที่จะป่วย⁽⁵⁾

ดังนั้นผู้ป่วยหลังป่วยเป็นโควิด-19 แม้ว่าตัวเชื้อไวรัสจะถูกทำลายให้หายจากร่างกาย แต่ผู้ป่วยโควิด-19 ยังต้องเผชิญกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 และภาวะลองโควิดหลังป่วยเป็นโรคโควิด-19 กำลังกลายมาเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 เป็นระยะเวลานาน อาจมีอาการยาวนานถึง 1 ปี ทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การรับรู้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดหลังป่วยเป็นโควิด-19 ในการศึกษาภาวะลองโควิดหลังจากการติดเชื้อโควิด-19 หมายถึง อาการทางร่างกายและทางจิตใจที่หลงเหลืออยู่หลังหายจากการติดเชื้อโควิด-19 อาจเป็นผลกระทบทางตรงจากร่องรอยของโรค หรือเป็นผลกระทบทางอ้อมที่มาจากช่วงที่เคยติดเชื้อ ซึ่งลักษณะอาการอาจคล้าย หรือแตกต่างกันกับอาการในช่วงที่ติดเชื้อโควิด-19 จึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคที่ดีและป้องกันไม่ให้อาการผิดปกติหรือภาวะลองโควิดหลังป่วยเป็นโควิด-19 รุนแรงกว่าเดิม ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 นอกจากประวัติการติดเชื้อยังมีปัจจัยเอื้อทางด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสริมอื่นๆ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE - PROCEED Model⁽⁶⁾ กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับภาวะลองโควิดหลังป่วยเป็นโควิด-19 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความชุกของอาการภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 (2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิด ในกลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 หมายถึง อาการที่หลงเหลืออยู่ของเชื้อโควิด-19 ที่มีมากกว่า 1 อาการขึ้นไป คือ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ผม่วง นอนไม่หลับ ไอ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เจ็บหน้าอก หลงลืม เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ปวดท้อง อุจจาระร่วง สูญเสียการรับกลิ่น และขาดสมาธิในการจดจ่อในการทำสิ่งใดให้สำเร็จหลังติดเชื้อโควิด-19 มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป⁽⁷⁾

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2pq}}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} pq}$$

โดยกำหนดให้ $Z = 1.96$

$d = 0.05$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 คน สุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบกำหนดโควตา (Quota Sampling) จัดกลุ่มช่วงอายุและวิธีการสุ่มแบบบังเอิญตามโควตากลุ่มอายุ เพื่อความสะดวกและความรวดเร็วในการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (2) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 มาแล้ว 12 สัปดาห์ขึ้นไป (3) มีความสนใจและความยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรวมประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (2) กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่ และ (3) กลุ่มตัวอย่างป่วยกะทันหันทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามต่อได้

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2563 - 5 กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 209 คน และทำการอ้างอิงจากการศึกษางานวิจัยของ เมธาวี หวังชาลาบร และคณะ⁽⁸⁾ มาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อัตราชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 65.00 เพื่อกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษา โดยใช้สูตรของแดเนียล⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้ตอบเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้มาตรวัดของเธอร์สตัน แบ่งเป็น 10 ระดับ โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเทียบเคียงที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยนำเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะประชากรในรูปแบบคำถามให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว

ภาวะอ้วน (BMI) ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 การออกกำลังกาย และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างติดเชื้อ ปัจจัยอื่น ได้แก่ สิทธิการรักษา ประวัติการติดเชื้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบประเมินตรวจสอบรายการ (check list) พฤติกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 เป็นข้อคำถามมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) ของลิเคิร์ท 5 อันดับ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัวเมื่อป่วยเป็นโรคโควิด-19 ได้แก่ การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินผล ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือโดยข้อคำถามแบบประเมินตรวจสอบรายการ (check list) และตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะลองโควิดหลังป่วยเป็นโควิด-19

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองหมายเลข COA.2022/S30 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลาเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่กำหนด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลร่วม โดยการกำหนดรหัสแบบสอบถาม และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากที่สุดในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการทดสอบสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ค่าสถิติ Odds ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%CI โดยแปลค่า Odds ratio มีแนวทางดังนี้ OR = 1: ไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่มีผล OR > 1: ความสัมพันธ์เป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) OR < 1: ความสัมพันธ์เป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factor) และค่า 95%CI ของการศึกษา Cross sectional study ด้วยการวิเคราะห์ OR⁽¹⁰⁾ ดังนี้ ค่า 95%CI คร่อม 1 แสดงว่า p-value ≥ 0.05 (non significant) และค่า 95%CI ไม่คร่อม 1 แสดงว่า p-value < 0.05 (significant)⁽¹¹⁾

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 49.30 เพศหญิง ร้อยละ 50.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 41 ปี อายุสูงสุด 82 ปี อายุต่ำสุด 7 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 BMI น้อยกว่า 18.50 (ต่ำกว่าเกณฑ์) ร้อยละ 39.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.80 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 54.80 และส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 28.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 ร้อยละ 37.00 หายป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19 แล้วน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 89.00 อาการแสดง และความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างติดเชื้อส่วนใหญ่มีไข้ ร้อยละ 69.20 เคยติดเชื้อโควิด-19 มาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 89.00 และแยกกักตัวอยู่บ้านเมื่อติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 84.20

2. การสนับสนุนของครอบครัวเมื่อป่วยเป็นโรคโควิด-19 พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเมื่อป่วยเป็นโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.70 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.30

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อคำถามและระดับการสนับสนุนของครอบครัวเมื่อป่วยเป็นโรคโควิด-19 (N=146)

การสนับสนุนของครอบครัว	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	143	97.90	3	2.10
- บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจเมื่อท่านติดเชื้อโควิด-19	143	97.90	3	2.10
การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล	139	95.20	7	4.80
- บุคคลในครอบครัวของท่านสามารถประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อโรคจากท่านได้	139	95.20	7	4.80
การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร	266	91.10	26	8.90
- เมื่อท่านติดเชื้อโควิด-19 มีบุคคลในครอบครัวให้คำแนะนำการดูแลตนเอง	140	95.90	6	4.10
- ในที่ขณะติดเชื้อโควิด-19 หากท่านมีความวิตกกังวล จะมีบุคคลในครอบครัวให้คำปรึกษา	126	86.30	20	13.70
การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ	268	91.80	24	8.20
- บุคคลในครอบครัวให้เงินซื้ออุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ เป็นต้น	139	95.20	7	4.80
- บุคคลในครอบครัวติดต่อสถานบริการสุขภาพเพื่อนำยาและเวชภัณฑ์ให้ท่านในการรักษาอาการติดเชื้อโควิด-19	129	88.40	17	11.60

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนของครอบครัวเมื่อป่วยเป็นโรคโควิด-19 (N=146)

ระดับการสนับสนุนของครอบครัวเมื่อป่วยเป็นโรคโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวให้การสนับสนุนอยู่ในระดับดี (ช่วงคะแนน 5-6)	131	89.70
ครอบครัวให้การสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 3-4)	15	10.30
ครอบครัวให้การสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1-2)	0	0.00
($\bar{X}$ =2.90, SD=0.31, Max=6, min=3)		

3. พฤติกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อ
โควิด-19 พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรม
การป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี

ร้อยละ 62.30 ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.60 และ
ระดับปรับปรุง ร้อยละ 2.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อความและระดับพฤติกรรมการป้องกันตัว
ก่อนติดเชื้อโควิด-19 (N=146)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น										$\bar{X}$	S.D.
	ปฏิบัติเป็นประจำ		ปฏิบัติบ่อยๆ		ปฏิบัติบางครั้ง		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ไม่ได้ปฏิบัติ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ท่านล้างมือบ่อยๆตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อจากผู้อื่นเข้าสู่ร่างกายหรือการแพร่กระจายเชื้อจากตนเองสู่ผู้อื่น	79	54.10	49	33.60	14	9.60	3	2.00	1	0.70	4.38	7.80
2. ท่านเว้นระยะห่างกับผู้อื่นประมาณ 1-2 เมตร เมื่อพูดคุยกับผู้อื่น	75	51.40	41	28.10	20	13.70	6	4.10	4	2.70	4.21	1.01
3. ท่านหลีกเลี่ยงเข้าสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือแออัด	70	47.90	42	28.80	19	13.00	10	6.90	5	3.40	4.11	1.09
4. ท่านไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการเป็นหวัด มีไข้ ไอ จาม และมีน้ำมูก	82	56.20	31	21.20	19	13.00	9	6.20	5	3.40	4.21	1.10
5. ท่านไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อออกจากบ้าน	57	39.00	20	13.70	16	11.00	17	11.60	36	24.70	2.69	1.65
6. ท่านมักใช้มือสัมผัส ตา จมูก ปาก	21	14.40	22	15.10	47	32.20	24	16.40	32	21.90	3.16	1.32
7.ท่านไม่ใช้ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ร่วมกับผู้อื่น	84	57.50	16	11.00	9	6.20	12	8.20	25	17.10	3.84	1.58
8. ท่านไม่ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารและใช้แก้วน้ำ ส้อม ร่วมกับผู้อื่น	51	34.90	15	10.30	12	8.20	22	15.10	46	31.50	2.98	1.71
9. เมื่อท่านมีไข้ ไอ จาม เป็นหวัด หายใจเหนื่อยหอบ ท่านไปพบแพทย์	62	42.50	30	20.50	15	10.30	9	6.20	30	20.50	3.58	1.57

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น										$\bar{X}$	S.D.
	ปฏิบัติเป็นประจำ		ปฏิบัติบ่อยๆ		ปฏิบัติบางครั้ง		ปฏิบัตินานๆครั้ง		ไม่ได้ปฏิบัติ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
10. ท่านรับประทาน อาหารที่พึงประสงค์ ใหม่	119	81.50	20	13.70	3	2.10	3	2.00	1	0.70	4.73	0.67
11. ท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำเรื่องการ ป้องกันโรคโควิด-19 จากหน่วยงาน สาธารณสุขในพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง	98	67.10	31	21.20	7	4.80	1	0.70	9	6.20	4.42	1.06

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 (N=146)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี (ช่วงคะแนน 41-55)	91	62.30
พฤติกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 26-40)	52	35.60
พฤติกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปรับปรุง (ช่วงคะแนน 11-25)	3	2.10
($\bar{X}$ =42.32, SD=6.57, Max=55, min=25)		

4. อัตราชุกของภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้น หลังติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ ร้อยละ 69.90 พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย มีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 27.40 รองลงมา คือ หายใจลำบาก/หอบเหนื่อยมีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 22.60 และปวดกล้ามเนื้อมีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 22.60 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามอาการภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อคำถามและระดับภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 (N=146)

ตัวแปร	ระดับความรุนแรงของอาการ								$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีอาการ		มีอาการเล็กน้อย		มีอาการปานกลาง		มีอาการมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย	68	46.60	40	27.40	27	18.50	11	7.50	2.10	2.65
หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย	85	58.20	33	22.60	22	15.10	6	4.10	1.57	2.29
ผมร่วง	114	78.10	22	15.00	8	5.50	2	1.40	0.64	1.56
นอนไม่หลับ	106	72.60	25	17.20	10	6.80	5	3.40	0.93	1.92
ไอ	80	54.80	26	17.80	21	14.40	19	13.00	2.13	3.10

ตัวแปร	ระดับความรุนแรงของอาการ								$\bar{X}$	S.D.
	ไม่มีอาการ		มีอาการเล็กน้อย		มีอาการปานกลาง		มีอาการมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีไข้	106	72.60	24	16.40	3	2.10	13	8.90	1.13	2.46
ปวดศีรษะ	91	62.30	32	21.90	12	8.30	11	7.50	1.43	2.47
ปวดกล้ามเนื้อ	99	67.80	33	22.60	6	4.10	8	5.50	1.09	2.23
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	121	82.90	18	12.30	4	2.70	3	2.10	0.50	1.47
เจ็บหน้าอก	124	84.90	15	10.30	6	4.10	1	0.70	0.43	1.29
หลงลืม	122	83.60	16	11.60	4	2.40	4	2.40	0.59	1.66
เครียด	116	79.50	21	14.40	6	4.00	3	2.10	0.60	1.51
วิตกกังวล	120	82.20	18	12.30	5	3.40	3	2.10	0.53	1.50
ซึมเศร้า	135	92.50	9	6.10	2	1.40	0	0.00	0.19	0.81
ปวดท้อง	136	93.20	7	4.70	3	2.10	0	0.00	0.20	0.83
อุจจาระร่วง	134	91.80	7	4.70	3	2.10	2	1.40	0.28	1.13
สูญเสียการรับกลิ่น	124	84.90	11	7.50	9	6.20	2	1.40	0.55	1.58
ขาดสมาธิในการจดจ่อในการทำ สิ่งใดให้สำเร็จ	120	82.20	15	10.30	10	6.80	1	0.70	0.64	1.64

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำที่มีผลต่อภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ เพศ (OR 1.96, 95%CI = 0.95-4.07) จำนวนครั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19 (OR 1.33, 95%CI = 0.40-4.38) อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างติดเชื้อ ได้แก่ ไอ (OR 1.76, 95%CI = 0.86-3.61) นอนไม่หลับ

(OR 4.67, 95%CI = 0.58-37.68) ปวดศีรษะ (OR 1.28, 95%CI = 0.56-2.94) อ่อนเพลีย (OR 2.16, 95%CI = 0.82-5.71) เวียนศีรษะ (OR 2.91, 95%CI = 0.94-8.99) เจ็บหน้าอก (OR 1.31, 95%CI = 0.25-6.77) เจ็บคอ (OR 1.38, 95%CI = 0.67-2.84) และจาม/มีน้ำมูก (OR 1.13, 95%CI = 0.50-2.55) อย่างไรก็ตามตัวแปรดังกล่าวข้างต้นยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติยืนยันได้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19

ตัวแปร	ภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19				Odds ratio	95%CI
	ไม่เป็น		เป็น			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	28	36.80	48	63.20	1.96	0.95 – 4.07
หญิง	16	22.90	54	77.10		

ตัวแปร		ภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19				Odds ratio	95%CI
		ไม่เป็น		เป็น			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19							
	1 ครั้ง	40	30.80	90	69.20	1.33	0.40 – 4.3
	>1 ครั้ง	4	25.00	12	75.00		
อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างติดเชื้อ							
ไอ	ไม่มี	23	37.10	39	62.90	1.76	0.86 – 3.61
	มี	21	25.00	63	75.00		
นอนไม่หลับ	ไม่มี	43	31.90	92	68.10	4.67	0.58 – 37.68
	มี	1	9.10	10	90.90		
ปวดศีรษะ	ไม่มี	34	31.50	74	68.50	1.28	0.56 – 2.94
	มี	10	26.30	28	73.70		
อ่อนเพลีย	ไม่มี	38	33.30	76	66.70	2.16	0.82 – 5.71
	มี	6	18.80	26	81.20		
เวียนศีรษะ	ไม่มี	40	33.60	79	66.40	2.91	0.94 – 8.99
	มี	4	14.80	23	85.20		
เจ็บหน้าอก	ไม่มี	42	30.40	96	69.60	1.31	0.25 – 6.77
	มี	2	25.00	6	75.00		
เจ็บคอ	ไม่มี	26	33.30	52	66.70	1.38	0.67 – 2.84
	มี	18	26.50	50	73.50		
จาม/มีน้ำมูก	ไม่มี	33	30.80	74	69.20	1.135	0.50 – 2.55
	มี	11	28.20	28	71.80		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 ปัจจัยเอื้อสามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่ใช้สิทธิการรักษาแบบจ่ายเองมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยพบว่าผู้ที่ใช้สิทธิการรักษาของรัฐมี

โอกาสเสี่ยง คิดเป็น 1.24 เท่า (OR 1.24, 95%CI = 0.59-2.61) และปัจจัยเสริมสามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยพบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อยมีโอกาเสี่ยงมากกว่า

ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 7
คิดเป็น 0.31 เท่า (OR 0.31, 95%CI = 0.03-2.64)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19

ตัวแปร	ภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19				Odds ratio	95%CI
	ไม่เป็น		เป็น			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สิทธิการรักษา						
สิทธิการรักษาของรัฐ	29	31.90	62	68.10	1.24	0.59 - 2.61
สิทธิการรักษาจ่ายเอง	15	27.30	40	72.70		
การสนับสนุนของครอบครัวเมื่อป่วยเป็นโรคโควิด-19						
ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย	1	12.50	7	87.50		
ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี	43	31.20	95	68.80	0.31	0.03 - 2.64
เป็นอย่างดี						

วิจารณ์

ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ (1) เพศมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยพบว่าเพศหญิงมีโอกาสที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าเพศชาย แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเพศหญิงมีโครงสร้างทางร่างกายที่ซับซ้อน⁽¹²⁾ ละเอียดอ่อนและแข็งแรงน้อยกว่าเพศชายและความแตกต่างทางภูมิคุ้มกัน⁽¹³⁾ (2) โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัว มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการเฝ้าระวัง และป้องกันตัวเองได้ดีมากกว่าคนที่สุขภาพดี (3) สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 การจ่ายเองมีปัจจัย

เสี่ยงมากกว่าการรักษาจากภาครัฐ เนื่องจากสิทธิการรักษาพยาบาลแบบการจ่ายเองต้องมีการสำรองจ่ายล่วงหน้าหรือมีอัตราค่าบริการที่สูงกว่า ภาครัฐบาลบางสิทธิอาจคุ้มครองได้แค่บางกรณี ทำให้เข้าถึงการรับการรักษาได้ยากในการศึกษา นี้ไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวทางของการเลือกใช้สิทธิการรับบริการทางสุขภาพของประชาชน (4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หายป่วยมาแล้วน้อยกว่า 1 ปี มีอาการ อาการแสดง และความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก เจ็บคอ จาม/มีน้ำมูก แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ อาการที่พบได้บ่อยเป็นอาการที่คล้ายกับอาการไข้หวัดใหญ่หรือไข้หวัดธรรมดาเป็นส่วนใหญ่ บางรายอาจมี

โรคแทรกซ้อนร่วมด้วย ทำให้อาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ยังคงเหลืออยู่หรือมีระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น (5) จำนวนครั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าคนที่เคยติดเชื้อโควิด-19 มากกว่า 1 ครั้ง มีความเสี่ยงมากกว่าคนที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ครั้งเดียว เนื่องจากคนที่เคยติดเชื้อโควิดมากกว่า 1 ครั้ง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองน้อย เมื่อติดเชื้อมากกว่า 1 ครั้ง ส่งผลให้ร่างกายสร้างสร้างแอนติบอดีหรือภูมิคุ้มกัน ได้ ร่างกายตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น เกิดการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ซึ่งจะขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ที่ติดเชื้อ และระดับความรุนแรงของอาการ (6) ความชุกของอาการภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ เหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย, ใจ, หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย, ปวดศีรษะ, ปวดกล้ามเนื้อ, ไข้, นอนไม่หลับ, ผม่ว, เครียด, วิตกกังวล, ขาดสมาธิ, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, หลงลืม, เจ็บหน้าอก, สูญเสียการได้รับกลิ่น, อจจระร่วง, ซึมเศร้า และปวดท้อง โดยเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่และอาการที่หลงเหลืออยู่ในทุกๆ ระบบของร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการที่เกิดขึ้นหลังจากป่วยเป็นโควิด-19 อย่างน้อย 1 อาการ

ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะอ้วน (BMI) และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังการติดเชื้อโควิด-19 (1) โดยข้อมูลจากผลการวิจัยพบว่า อายุ 0 - 59 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าอายุ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นวัยทำงานและร่างกายไม่ได้พักผ่อนหลังติดเชื้อโควิด-19 (2) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เรียนต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังการติดเชื้อ

โควิด-19 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เรียนอนุปริญญา/ปวส. ขึ้นไป เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เรียนระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ยังขาดความรู้ความตระหนักในการป้องกันภาวะลองโควิดหลังการติดเชื้อโควิด-19 สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่โสดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างที่สมรส เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่โสดไม่มีภาระต้องรับผิดชอบดูแลบุตร หรือคู่สมรส จึงละเลยการดูแลสุขภาพหลังติดเชื้อโควิด-19 ภาวะอ้วน (BMI) พบว่า คนที่มี BMI น้อยกว่า 22.90 กก./ม มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าคนที่ BMI 23.00 กก./ม ขึ้นไป เนื่องจากขาดความตระหนักและละเลยการดูแลสุขภาพหลังติดเชื้อโควิด-19 และการออกกำลังกาย พบว่า คนที่ไม่ออกกำลังกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิดหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าคนที่ออกกำลังกาย เนื่องจากคนที่ออกกำลังกายจะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมีภูมิคุ้มกันโรคแล้วการออกกำลังกายยังช่วยควบคุมอาการของโรคประจำตัวด้วย

สรุป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดีเมื่อติดเชื้อโควิด-19 และภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อย และมีอาการปานกลาง ผู้ป่วยที่มีภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 จะมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสมรรถนะในการดำรงชีวิตและการทำงานที่ดีขึ้นภายหลังมีภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการวิจัย พบว่า ผู้หญิง ผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเกิดภาวะลองโควิดหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิง ผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะลองโควิดที่เกิดขึ้นหลังติดเชื้อโควิด-19 และควรพัฒนาระบบสวัสดิการสุขภาพให้มีคุณภาพเพื่อให้ประชากรทุกกลุ่มมีสิทธิเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม

สำหรับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 ยังมีประชาชนบางส่วน มักใช้มือสัมผัส ตา จมูก ปาก ดังนั้น ประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ปกครอง ผู้ดูแล ควรสร้างความตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ที่จะนำมาซึ่งการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ให้ความช่วยเหลือติดต่อประสานงานระหว่างโรงเรียนพระตำหนักมหาราช ชุมชนตำบลอ่างศิลา ร่วมกับคณะผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยที่คอยให้คำแนะนำ และคอยช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ณ วันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.anamai.moph.go.th>
2. ศูนย์ข้อมูลโควิด-19. ยอดสะสมการฉีดวัคซีน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.prd.go.th>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. ยอดผู้ติดเชื้อ COVID-19 รายวัน จังหวัดชลบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cbo.moph.go.th/cbo>
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา. ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://gishealth.moph.go.th/pcu/admin/report.php>
5. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลรักษาโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.dms.go.th>
6. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2562; 12(1):39-48.
7. กรมการแพทย์. อาการหลงเหลือหลังจากหายป่วยโควิด-19 หรือภาวะลองโควิด. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=31779

8. เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์วีระ เมธาศัย, ธนคม ฌลีศรี. ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 16(1):265-84.
9. Lwanga S, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. World Health Organization [Internet]. 1991 [cited 2022 Jul 21]. Available from: <https://apps.who.int/9>
10. ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. การวัดทางระบาดวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20170616074858.pdf
11. ชำแก้ว หวานวารี. สถิติในเวชปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2547 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/Stat.pdf12>
12. เสถียร เชื้อลี, รับขวัญ เชื้อลี, คณัฐวุฒิ หลวงเทพ. ความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 (COVID-19) ของนักศึกษา: กรณีศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2565; 20(1):49-62.
13. จารุวรรณ รุ่งเรือง, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ. อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมการจัดการตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดเชื้อโควิด-19 อำเภอพาน้อย จังหวัดน่าน. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2566; 21(1):37-51.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี
Factors Associated with Obesity among Junior High School Students
in Ang Sila Municipal Area, Chonburi province

กนกนิกษ์ ทีวีทรัพย์, กิตติวรรณ มั่นถิ่น, เดชา วรณพาทูล, วรณัฐศิลา ทรัพย์ประเสริฐ, วรยuth นาคอ้าย*
Kankanit Thaweessab, Kittivan Munthin, Decha Wunnaphahool, Warunsicha Supprasert, Worayuth Nak-ai*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajachanok Institute

*Correspondence to: Worayuth@scphc.ac.th

Received: Aug 4, 2023 | Revised: Nov 6, 2023 | Accepted: Nov 9, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 191 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบถามตอบด้วยตนเองที่นักวิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไค์สแควร์ ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคอ้วนในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า นักเรียนมีภาวะอ้วนคิดเป็นร้อยละ 30.9 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน พบว่า พันธุกรรม (p-value 0.017) โรคประจำตัว (p-value 0.003) ความตระหนักรู้ต่อภาวะอ้วนของตนเอง (p-value 0.001) และพฤติกรรมกรรมการบริโภค (p-value 0.005) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนั้นการสร้างความรู้ความตระหนักรู้และพฤติกรรมบริโภค โดยมีการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองจึงมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในนักเรียน

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้, การสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคอ้วน

Abstract

This cross-sectional survey research was aimed to study the factors associated with obesity incidence of junior high school students in the area of Ang Sila municipality, Chonburi province. The research was conducted in January 2023. Data were collected from 191 students using a self-administrative questionnaire developed by researchers. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square with and Spearman's correlation statistics.

The study results on the obesity rate among junior high school students show that 30.9% of students were obese. When analyzing factors related to the occurrence of obesity, it was found that genetics (p-value 0.017), chronic condition (p-value 0.003), self-awareness of their own obesity status (p-value 0.001), and consumption (p-value 0.005) was related to the occurrence of obesity among early high school students with statistic significant. Thus, creating awareness and consumption behavior, with social support from parents and their teacher, is essential for behavior change in students.

Keywords: Awareness, social support, health behavior, obesity

บทนำ

โรคอ้วน (obesity) เป็นสาเหตุที่สามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจำนวนมาก รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน ปัจจุบันพบว่า อัตราโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต สถานการณ์ความรุนแรงอันเป็นผลมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้นในประเทศไทย อีกทั้งปัญหาโรคอ้วนในวัยรุ่น⁽¹⁾ ที่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรมกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบอย่างมากต่ออุปนิสัยและความรู้สึก ทั้งในด้านสุขภาพและความสามารถในการดำเนินชีวิต ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของโรคอ้วน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านจิตใจ⁽²⁾ และผลกระทบด้านเศรษฐกิจประมาณ 13.2% ของงบประมาณสาธารณสุขทั่วโลก คิดเป็นเงิน 9.9 แสนล้านดอลลาร์ หรือประมาณ 29 ล้านล้านบาท สูญเสียไปกับปัญหาน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานสำหรับประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน ความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ามากกว่า 2 แสนล้านบาท หรือ 1.27% ของ GDP ทั้งประเทศ นับเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก⁽³⁾

คาดการณ์ว่าเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีมากถึง 43 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อจำแนกออกเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6-11 ปี) และกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 12-19 ปี) พบว่าทั้งสองกลุ่มวัยมีความชุกของโรคอ้วนในภาพรวมอยู่ในระดับที่สูง⁽⁴⁾ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดชลบุรี พบว่า โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กอายุ 6-14 ปี ใน พ.ศ. 2563 จำนวน 99,349 คน พบมีเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 16.25 ในปีพ.ศ. 2564 จำนวน 79,354 คน พบเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 14.76 และในปีพ.ศ. 2565 จำนวน 56,049 คน พบเด็กนักเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 15.58 และในเทศบาลเมืองอ่างศิลา พบสถานการณ์เด็กนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง Obesity Sign โดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ในปี พ.ศ.2563-2565 ดังนี้ พ.ศ. 2563 จำนวน 41 คน พบเด็กนักเรียนอ้วน/เริ่มอ้วนจำนวน 3 คน ใน พ.ศ. 2564 จำนวน 278 คน พบเด็กนักเรียนอ้วน/เริ่มอ้วนจำนวน 6 คน และใน พ.ศ. 2565 จำนวน 563 คน พบเด็กนักเรียนอ้วน/เริ่มอ้วนจำนวน 8 คน⁽⁵⁻⁷⁾

จะเห็นได้ว่าเทศบาลเมืองอ่างศิลา พบปัญหาเรื่องภาวะอ้วนในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น จากการเรียนด้วยระบบออนไลน์ เนื่องด้วยสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ซึ่งภาวะอ้วนนั้นส่งผลกระทบต่อเด็กนักเรียนในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ดังนั้นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Model เพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การป้องกันโรคอ้วนตลอดจนวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และความชุกโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ทั้งเพศชายและหญิงทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี จำนวน 921 คน โดยอัตราป่วยเดิมของรายงานข้อมูลร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดชลบุรี ปี 2565 ร้อยละ 18.28 ได้ค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.18⁽⁷⁾ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของแดเนียล⁽⁸⁾ โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

หมายเหตุ

Z = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้พื้นที่โค้งปกติในที่นี้กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96

d = ความคลาดเคลื่อนที่ต่างจากค่าพารามิเตอร์นี้กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 5

q = อัตราป่วยเดิมของรายงานข้อมูลร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดชลบุรี ปี 2565 เท่ากับ 1-p ได้ค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.82

ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 191 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Muti-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยการสุ่มจำนวนห้องเรียน จำแนกตามระดับชั้น ได้ระดับชั้น 2 ห้องเรียน

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional stratified sampleing) โดยสุ่ม

จำนวนนักเรียนแต่ละห้องเรียนตามสัดส่วน ได้แก่ ม.1 จำนวนห้องละ 33 คน, ม.2 จำนวนห้องละ 29 คน และ ม.3 ห้องแรกจำนวน 33 คน ห้องที่สองจำนวน 34 คน

ขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยสุ่มนักเรียนในชั้นเรียนตามสัดส่วนเพศ ดังนี้ ม.1 ชายจำนวนห้องละ 17 คน หญิงจำนวนห้องละ 16 คน, ม.2 จำนวนห้องละ 15 คน หญิงจำนวนห้องละ 14 คน และ ม.3 ห้องแรก ชาย 16 คน หญิง 17 คน ห้องที่สอง ชาย 17 คน หญิง 17 คน

ขั้นที่ 4 สุ่มตัวอย่างนักเรียน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random simpling)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา (Inclusion Criterias) ได้แก่ (1) นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือกำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ทั้งเพศชายและหญิง (2) มีความสนใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย และ (3) ผู้ปกครองอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion Criterias) ได้แก่ (1) นักเรียนที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้ และ (2) นักเรียนต้องการออกจากการศึกษาระหว่างทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามแบบกรอกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administrative questionnaire) ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวคิด Precede Model และความรู้การเกิดโรคอ้วนในเด็กระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตรวจสอบเครื่องมือความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่า IOC ได้ค่า 0.67-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.70 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว รูปร่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา พันธุกรรม โรคประจำตัว และฐานะทางเศรษฐกิจของนักเรียน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่อาศัยของนักเรียน และความสามารถในการเข้าถึงร้านค้าของนักเรียน จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมโภชนาการ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และความตระหนักรู้ต่อภาวะอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 อันดับ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และพฤติกรรมการเคลื่อนไหวทางกายของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 อันดับ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ (Rating Scale) จำนวน 12 ข้อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยสร้าง หลังจากการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ตามเอกสารรับรองหมายเลข 2022/S32 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2565 คณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางของคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

อย่างเคร่งครัด โดยประสานงานหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อคัดกรองความเสี่ยงก่อนเข้าสถานศึกษา และประสานงานกับผู้อำนวยการสถานศึกษาเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยร่วมกับครูประจำชั้นเพื่อส่งเอกสารแนะนำโครงการวิจัย และอนุญาต/ยินยอมให้ร่วมโครงการวิจัยจากผู้ปกครอง หลังจากได้รับหนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับครูประจำชั้น โดยการกำหนดรหัสแบบสอบถาม และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยการใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (χ^2 -test)

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัย พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และความชุกโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 14 ปี ระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 35.6 ไม่มีพันธุกรรมของบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 64.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.5 มีฐานะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ ร้อยละ 94.3 สิ่งแวดล้อมที่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 85.9 มีความสามารถในการเข้าถึงร้านค้า ร้อยละ 94.2 มี

การเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.0 มีความตระหนักรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.0 มีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 39.3 มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 72.8 มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวทางกายเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 57.1 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 และนักเรียนส่วนใหญ่ไม่อ้วน ร้อยละ 69.1

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=5.75$, $p\text{-value}=0.017$) และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=8.87$, $p\text{-value}=0.003$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ความตระหนักรู้ต่อภาวะอ้วนของตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=13.40$, $p\text{-value}=0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=10.44$, $p\text{-value}=0.005$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม และความชุกโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี

รายการ	ไม่อ้วน		อ้วน		ภาพรวม		Chi-square	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ		
ความชุกโรคอ้วน	132	69.10	59	30.90	191	100.00		
ปัจจัยส่วนบุคคล								
เพศ							0.01	0.780
ชาย	70	53.00	30	50.80	100	52.40		
หญิง	62	47.00	29	49.20	91	47.60		
อายุแบ่งตามระดับชั้น							1.02	0.600
12-13	55	41.70	24	40.70	79	41.30		
14-15	71	53.80	34	57.60	105	55.00		
16-17	6	4.50	1	1.70	7	3.70		
Mean=13.90 S.D.=1.05								
ระดับการศึกษา							0.97	0.617
มัธยมศึกษาปีที่ 1	47	35.60	19	32.20	66	34.60		
มัธยมศึกษาปีที่ 2	41	31.10	16	27.10	57	29.80		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	44	33.30	24	40.70	68	35.60		
โรคและความผิดปกติทางพันธุกรรม(ตามแพทย์ระบุ)							5.75	0.017*
ไม่มี	93	70.50	31	52.50	124	64.90		
มี	39	29.50	28	47.50	67	35.10		
โรคประจำตัวและโรคที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้							8.87	0.003*
ไม่มี	124	93.90	47	79.70	171	89.50		
มี	8	6.10	12	20.30	20	10.50		
ฐานะทางเศรษฐกิจ							0.44	0.933
ไม่เพียงพอ	7	5.30	4	6.80	11	5.70		
เพียงพอ	125	94.70	55	93.20	180	94.30		

รายการ	ไม่อ่าน		อ่าน		ภาพรวม		Chi-square	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ		
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม								
สิ่งแวดล้อมที่อาศัย							3.19	0.527
บ้านเดี่ยว	113	85.60	8	13.50	164	85.90		
อาคารพาณิชย์/ คอนโดมิเนียม	19	14.40	51	86.50	27	14.10		
ความสามารถในการเข้าถึงร้านค้า							0.88	0.347
ไม่มี	9	6.80	2	3.40	11	5.80		
มี	123	93.20	57	96.60	180	94.20		
ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ								
ความตระหนักรู้ต่อภาวะอ้วนของตนเอง							13.40	0.001*
ความตระหนักรู้ในระดับต่ำ	28	21.20	5	8.50	33	17.30		
ความตระหนักรู้ในระดับปานกลาง	91	68.90	37	62.70	128	67.00		
ความตระหนักรู้ในระดับสูง	13	9.80	17	28.80	30	15.70		
การเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมโภชนาการ							9.25	0.055
การเลี้ยงดูอยู่ในระดับต่ำ	70	53.10	35	59.30	105	55.00		
การเลี้ยงดูอยู่ในระดับปานกลาง	43	32.60	23	39.00	66	34.60		
การเลี้ยงดูอยู่ในระดับสูง	19	14.40	1	1.70	20	10.40		
ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ								
ความเครียด							0.63	0.889
ความเครียดน้อย	43	32.60	20	33.90	63	33.00		

รายการ	ไม่อ้วน		อ้วน		ภาพรวม		Chi-square	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ		
ความเครียดปานกลาง	54	40.90	21	35.60	75	39.30	10.44	0.005*
ความเครียดมาก	35	16.60	18	30.50	53	27.70		
การบริโภค								
การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม	39	29.50	8	13.60	47	24.60		
การบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง	92	69.70	47	79.70	139	72.80		
การบริโภคอาหารเหมาะสมดี	1	0.80	4	6.80	5	2.60	1.86	0.394
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวทางกาย								
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวทางกายไม่เหมาะสม	52	39.40	27	45.80	79	41.40		
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวทางกายเหมาะสมปานกลาง	77	58.30	32	54.20	109	57.10		
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวทางกายเหมาะสมดี	3	2.30	0	0.00	3	1.50		
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม							5.43	0.246
การสนับสนุนทางสังคม								
แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย	42	31.80	18	30.50	50	31.40		
แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง	65	49.20	31	52.50	96	50.30		
แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก	25	18.90	10	16.90	35	18.30		

หมายเหตุ *Significant p-value 0.05

วิจารณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ โรคและความผิดปกติทางพันธุกรรม (ตามแพทย์ระบุ) และโรคประจำตัวและโรคที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า พันธุกรรมเป็นสาเหตุของโรคอ้วน เนื่องจากปริมาณไขมันในร่างกายมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม นอกเหนือจากไขมันส่วนเกินในร่างกายแล้ว พันธุกรรมมีส่วนในการเปลี่ยนอาหารเป็นพลังงาน การเผาผลาญแคลอรี รวมไปถึงการควบคุมความอยากอาหาร⁽¹⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มรกต สุวรรณการ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรม ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนในวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหิวและรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนรุนแรงตั้งแต่วัยเยาว์ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน เนื่องจากโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 5 เท่า⁽¹⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนิตรา ทองดี⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า คนอ้วนมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ มากกว่าคนที่มิได้มีมวลกายเหมาะสม กลุ่มอาการ หรือปัญหาสุขภาพที่มีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นมาจากโรคอ้วน ได้แก่ เบาหวานในผู้ใหญ่ ไขมันในเลือดสูง กลุ่มที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นปานกลาง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง ภาวะกรดยูริกสูง โรคเก๊าท์

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ความตระหนักรู้ต่อภาวะอ้วนของตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากการมีความตระหนักรู้ต่อภาวะอ้วนของตนเองที่เพียงพอจะ

สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคอ้วนมากนัก ขาดการใช้เหตุผลหรือการวิเคราะห์ผลดีผลเสีย และไม่ได้นำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง ย่อมสามารถส่งผลให้เกิดโรคอ้วนตามมา⁽²⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจามจุรี แซ่หลู่ และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างพอมีความรู้ที่จะนำไปปฏิบัติอยู่บ้าง แต่ยังไม่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้ขาดความตระหนักที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การบริโภคมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากปัจจุบันมีการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า ไก่ทอด มากขึ้น เนื่องจากสะดวก หาซื้อง่าย รสชาติอร่อย ผู้ปกครองเร่งรีบไม่มีเวลาที่จะประกอบอาหาร จึงต้องบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารถุง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีไขมันและแป้ง เมื่อได้รับปริมาณอาหารมากเกินไปจนความจำเป็นของร่างกาย ก็จะทำให้เกิดการสะสมไขมันตามส่วนต่างๆ และทำให้เกิดโรคอ้วน⁽²²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของหทัยชนก เนื่องจัญ⁽²³⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนในเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการรับประทานอาหารของทอดของมันมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์ การรับประทานน้ำหวานหรือน้ำอัดลมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจากอาหารจำพวกนี้เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างความตระหนักรู้ต่อภาวะอ้วนของตนเองในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยครู/อาจารย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลร่วมมือกัน

1.1 ดำเนินการเชิงรุกในเด็กวัยรุ่นที่เริ่มอ้วนและอ้วน มีการคัดกรอง เพื่อให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน

1.2 โรงเรียนมีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้สามารถจัดการและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่จะเกิดตามมาจากรโรคอ้วน

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการที่เด็กวัยรุ่นเริ่มอ้วนและอ้วน เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ต่อภาวะอ้วน ในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นได้ตรงกับสาเหตุที่แท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ให้ความช่วยเหลือติดต่อประสานงานระหว่างชุมชนตำบลอ่างศิลากับคณะผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้อำนวยการโรงเรียนอ่างศิลาพิทยาคม และนักเรียนกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา และคุณครูที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยในครั้งนี้จนประสบความสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1.พลอยปาริยา อายะนันท์, ตุนท์ ชมชื่น, จิตติอาภา ตั้งคำวานิช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2563; 7(1):75-9.

2.จิรนนท์ ช่วยศรีนวล, ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช. ความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(1):3-7.

3.กรุงเทพธุรกิจ. โรคอ้วน กระทบเศรษฐกิจ 13.2% ของงบประมาณสาธารณสุขทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/social/991651>

4.กัลยาณี โนอินทร์. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18(ฉบับพิเศษ):2-6.

5.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดชลบุรี. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/eDKL4>

6.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดชลบุรี. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/eDKL4>

- 7.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดชลบุรี. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/eDKL4>
- 8.Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th edition. New York: Wiley & Sons; 1995.
- 9.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (ST5) [อินเทอร์เน็ต]. 2552. [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/qtest5/asheet.asp?qid=1>
- 10.อรรถกร ทองสิงห์, อัครินทร์ โพธิ์ทอง, สุทัศน์ สมบัติ, จิตติกร ศรีสำออง, พิณรัตน์ นุชโพธิ์, ศุภศิวิ สุวรรณเกษร. การศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีผลต่อการเกิดภาวะ โรคอ้วนของนักเรียนหล่มเก่าพิทยาคม ต.หล่มเก่า อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม; 2560. 14 หน้า.
- 11.กุลธิดา เหมาเพชร. พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. การประชุมวิชาการ แห่งชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 10;มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน, นครปฐม: 2555. หน้า 3065-80.
- 12.วรรณกร พลพิชัย, จันทรา อัยเอ็ง. รายงาน วิจัยเรื่อง การป้องกันพฤติกรรมการใช้ ความรุนแรงของเยาวชนในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประมง มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2562.
- 13.ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์, ลัดดาวัลย์ กงพลี. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคอ้วนของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ใน พระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2561; ฉบับ การประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี:89-92.
- 14.ปรัชญา เพชรโอภาส, กุลวลี ฉายอรุณ, สุจิตรา สิ้นสืบผล, แสงเงิน สาทิพจันทร์, เอมอร อุไรโชติ. แบบแผนความเชื่อ แรง สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การ ป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหัวโกรก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารควบคุมโรค 2564; 48(4):785-95.
- 15.มลิวัลย์ สมศักดิ์. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล [อินเทอร์เน็ต]. 2547. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://oservice.skru.ac.th/ebookft/286/chapter10.pdf>
- 16.Medpark hospital. โรคอ้วน [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2563]. เข้าถึง ได้จาก: <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/obesity>
- 17.มรกต สุวรรณการ. สาเหตุทางพันธุกรรมของ โรคอ้วน. วารสารโภชนาบำบัด 2564; 29(1): 16-23.
- 18.นันทิยา กาลิม. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ บุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิจัยเพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564; 1(1):37-48.

- 19.สุนิตรา ทองดี. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วนกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. *Journal of the Phrae Hospital* 2561; 27(1):38-50.
- 20.บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์, อุดลย์ วุฒิจูรีพันธุ์, กันตวิชัย จูเปรมปรี, สายฝน วรรณขาว. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์* 2563; 12(2):216-29.
- 21.จามจุรี แซ่หลู่, นภาพรณ วิริยะศิริกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์* 2563; 7(11):2-15.
- 22.พิชามญช์ วิกรานต์วาณิชย์. โรคอ้วน [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 27 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.at/flqS2>
- 23.ชนาธิป ญาณุรักษ์. พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีปทุมวิทยาเขตบางเขน [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563. 14 หน้า.

การทดสอบทางคลินิก ระยะที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลทางคลินิกและความปลอดภัย
ของวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเชื้อตายสามสายพันธุ์ (Tri Fluvac)
ในผู้ใหญ่สุขภาพดี อายุ 18-64 ปี ในจังหวัดนครพนม

A Phase III trial for safety and Vaccine effectiveness of locally produced
trivalent inactivated influenza vaccine (Tri Fluvac) in healthy adults
aged 18-64 years in Nakhon Phanom

เกรียงไกร ประเสริฐ¹, สุทธิชัย นักผูก¹, ณัฐฐาพร ศรีประดิษฐ์², สุริยา เนาศรี², นิชารีย์ บำเพ็ญศิลป์²,
มุกดา ปัญญาติลกพงษ์², กัลยา ศรวงศ์², รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ¹, ปราบดา ประภาศิริ^{1*}
Kriengkrai Prasert¹, Sutthichai Nakphook¹, Nuddaporn Sripradit², Suriya Naosri², Nichari Bamphensin²,
Mukda Panyadirokpong², Kanlaya Sornwong², Ratchadaporn Ungcharoen¹, Prabda Praphasiri^{1*}

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

²ศูนย์ศึกษาไข้หวัดใหญ่และวัคซีน โรงพยาบาลนครพนม

¹Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat, Sakon Nakhon Province Campus

²Nakhon Phanom Provincial Hospital, Nakhon Phanom

*Correspondence to: prabda.p@ku.th

Received: Oct 15, 2023 | Revised: Nov 14, 2023 | Accepted: Nov 15, 2023

บทคัดย่อ

การผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ได้เองในประเทศจะทำให้เกิดความยั่งยืนมีวัคซีนใช้เพียงพอ เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศชาติ อีกทั้งเป็นการเตรียมโครงสร้างพื้นฐานและประสบการณ์สำหรับการผลิตวัคซีนหากเกิดการระบาดใหญ่ การศึกษานี้เป็นการทดสอบทางคลินิก ระยะที่ 3 แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ปกปิดสองทาง 3 กลุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิผลทางคลินิกและความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเชื้อตายสามสายพันธุ์ ในช่วงฤดูกาลของไข้หวัดใหญ่ปี พ.ศ. 2562-2563 ในผู้ใหญ่สุขภาพดี อายุ 18-64 ปี จังหวัดนครพนม อาสาสมัครจำนวน 4,284 คน โดยสุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม อัตราส่วน 3:3:1 อาสาสมัคร 1,836 คน ได้รับวัคซีนที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม (Tri Fluvac) อาสาสมัคร 1,836 คน ได้รับน้ำเกลือเลียนแบบวัคซีน (placebo) และอาสาสมัคร 612 คน ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีขายในท้องตลาด (comparator) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินค่าประสิทธิผลที่สมบูรณ์ของ Tri Fluvac เมื่อเทียบกับ placebo และประสิทธิผลสัมพันธ์กับวัคซีน comparator ต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ โดยมีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี RT-PCR และประเมินความปลอดภัยหลังการฉีดวัคซีน 7 วัน จากการรายงานของอาสาสมัครและการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยในช่วง 1 ปี ระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึง เดือนตุลาคม 2563 อาสาสมัครทั้งหมด 4,284 คน เกิดการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด 29 คน พบในผู้ที่ได้รับวัคซีน Tri Fluvac 10 คน และได้รับ placebo 19 คน คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ 5.5/1,000 คน/ปี ในกลุ่ม Tri Fluvac และ 10.4/1,000 คน/ปี ในกลุ่ม placebo ได้ค่าประสิทธิผล 46.4 (95%CI= -22.0-76.5) เมื่อเปรียบเทียบกับ placebo เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์ไม่

พึงประสงค์ร้ายแรงในอาสาสมัครที่ได้รับวัคซีน Tri Fluvac 175 คน (9.5%), placebo 177 คน (10.8%) และ comparator 66 คน (10.8%) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง Tri Fluvac และ comparator ($p\text{-value}=0.437$) สรุปได้ว่า Tri Fluvac เป็นวัคซีนที่มีความปลอดภัย ข้อจำกัดจากสถานการณ์การระบาดใหญ่ของ Covid-19 ทำให้เกิดรายงานการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจน้อย เป็นผลทำให้ไม่สามารถประเมินประสิทธิผลของวัคซีนได้

คำสำคัญ: วัคซีนไขหวัดใหญ่, การทดสอบทางคลินิกระยะที่ 3, ผู้ใหญ่

Abstract

Domestic influenza vaccine production facilitates a sustainable supply for mitigating seasonal influenza and improves national health security by providing infrastructure and experience for pandemic vaccine production, if needed. A Phase III, double blind, randomized controlled trial was conducted from Sep 2019 - Oct 2020 in healthy adults 18-64 years in Nakhon Phanom, Thailand. The amount of 4,284 participants were randomized in a ratio of 3:3:1 to compared study vaccine (Tri Fluvac), saline placebo, and an active comparator (licensed vaccine). Primary outcomes were superior efficacy compared to placebo and non-inferiority compared to active comparator comparing RT-PCR-confirmed influenza virus infection within 12 months. At 7 days safety was also assessed. The trial enrolled 4,284 participants (Tri Fluvac=1,836; placebo=1,836; active comparator=612). There were 29 RT-PCR positive influenza infections (10 Tri Fluvac, 5.5/1,000 PY; 19 placebo, 10.4/1,000 PY; 0 comparator). The absolute protective efficacy was 46.4 (95% CI= -22.0-76.5) compared with placebo. The adverse and severe adverse events occurred in 175 (9.5%), 177 (10.8%) and 66 (10.8%) in Tri Fluvac, placebo and comparator respectively, however it was no significant between Tri Fluvac and comparator group with $p\text{-value}=0.437$. Tri Fluvac was well tolerated, Few acute respiratory infections were reported during intense COVID-19 pandemic restrictions, resulting in insufficient power to evaluate clinical efficacy.

Keywords: influenza vaccines, Phase III clinical trial, adult

บทนำ

ไขหวัดใหญ่เป็นโรคติดต่อ เกิดจากการติดเชื้อไวรัส เป็นสาเหตุการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปี ในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 3 ถึง 5 ล้านคนและเสียชีวิต 2.9 ถึง 6.5 แสนคนต่อปี^(1,2) ประมาณการว่าประชากรของโลกร้อยละ 10-15 ป่วยเป็น

โรคไขหวัดใหญ่ในแต่ละปี ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนทั่วโลก⁽³⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง ไต ตับ ระบบโลหิต หรือ

ความผิดปกติของการเผาผลาญอาหาร⁽⁴⁾

ใช้หวัดใหญ่เป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่การเข้าถึงวัคซีนที่ราคาไม่แพงในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางยังพบว่ามีปัญหาอยู่หลายประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดการกับความไม่เท่าเทียมในการผลิตวัคซีน โดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินและทางเทคนิคจากประเทศที่เป็นสมาชิก⁽⁵⁾ เมื่อไม่นานมานี้ ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจาก WHO ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ความเชี่ยวชาญทางวิทยาศาสตร์และขีดความสามารถด้านกฎระเบียบในการผลิตวัคซีนใช้หวัดใหญ่ ความพยายามนี้สอดคล้องกับโครงการความมั่นคงแห่งชาติของประเทศไทยที่พยายามสร้างการพึ่งพาตนเองในการผลิตวัคซีน องค์การเภสัชกรรมของประเทศไทยได้พัฒนาวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลชนิดเชื้อตายสามสายพันธุ์ที่เรียกว่า ไตรฟลูแวก (Tri Fluvac) โดยองค์การเภสัชกรรมได้ทำการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มมาแล้วสองครั้งเพื่อประเมินความปลอดภัยและการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของ Tri Fluvac (ข้อมูลยังไม่ได้เผยแพร่) ในระหว่างปี พ.ศ. 2558-2559 องค์การเภสัชกรรมร่วมกับศูนย์ทดลองวัคซีน มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการทดลองระยะที่ 1/2 ในอาสาสมัครจำนวน 340 ราย (ได้รับ Tri Fluvac 220 ราย สารเลียนแบบวัคซีน [placebo] 120 ราย) ผลจากศึกษาพบว่าวัคซีน Tri Fluvac มีความปลอดภัยและมีภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับ placebo (รหัสการศึกษา NCT02894840) ต่อมาระหว่างปี พ.ศ. 2560-2561 ได้มีการทดลองต่อระยะที่ 2/3 ในอาสาสมัครชาวไทยอายุ 18-49 ปี จำนวน 945 ราย (ได้รับ Tri Fluvac 630 ราย placebo 315 ราย) ผลการศึกษา มีลักษณะเช่นเดียวกับการศึกษาแรก คือ ยืนยันว่าวัคซีน Tri Fluvac มี

ความปลอดภัยและกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้นในระดับที่ป้องกันโรคได้ (NCT03390166) ในปี พ.ศ. 2562 ได้ทำการศึกษานี้ซึ่งเป็นการทดลองระยะที่ 3 เป็นการทดสอบทางคลินิก เปรียบเทียบ 3 กลุ่ม เปรียบเทียบวัคซีนใหม่กับวัคซีนอ้างอิงที่มีการใช้ในท้องตลาด (comparator) และเปรียบเทียบกับสารเลียนแบบวัคซีน ถือว่าเป็นการทดสอบที่เป็นมาตรฐาน (gold standard)^(6,7) ทั้งในรูปแบบที่ไม่ด้อยกว่า (non-inferiority) เพื่อประเมินความปลอดภัยและแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพอย่างแท้จริงของวัคซีนทดสอบ (Tri Fluvac) เมื่อเทียบกับ placebo และรูปแบบที่เหนือกว่า (superiority) เทียบกับ comparator⁽⁸⁾ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 18 ถึง 64 ปี ที่มีสุขภาพดีไม่ได้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ดังนั้นในแง่ของจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนจึงสามารถทำการทดสอบ โดยใช้ placebo เป็นตัวเปรียบเทียบในอาสาสมัครกลุ่มนี้ได้⁽⁹⁾ องค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา ก็ยอมรับให้มีการใช้ placebo เพื่อประเมินประสิทธิภาพที่สมบูรณ์ (absolute efficacy) ของวัคซีนที่ต้องการทดสอบได้⁽¹⁰⁾ การทดสอบแบบสามกลุ่ม ที่เป็น non-inferiority เป็นวิธีที่สามารถประเมินความไวของการออกแบบการวิจัยและความเชื่อถือได้ภายในของการทดสอบสองกลุ่ม แบบ superiority^(11,12)

วัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้ เป็นการประเมินประสิทธิภาพ (Vaccine effectiveness; VE) และความปลอดภัย ตามเงื่อนไขขององค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา^(8,13) ด้านความปลอดภัยใช้การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในอัตรา 1 ใน 300 การวัด VE วัดการเป็นไข้หวัดใหญ่ที่มีการยืนยันด้วยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ real time PCR ในอาสาสมัครทุกคน (ตั้งแต่ 15 วัน ถึง 12 เดือนหลังฉีดวัคซีน)

เพื่อประเมิน VE ทั้ง absolute effectiveness และ relative effectiveness ข้อมูลเหล่านี้จำเป็นสำหรับการขอขึ้นทะเบียนการผลิตวัคซีนจากองค์การอาหารและยาของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ใช้เวลา 14 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน 2562 - ตุลาคม 2563 แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมปิดสองทางในผู้ที่มีสุขภาพดี อายุ 18-64 ปี

2. พื้นที่ศึกษา ดำเนินการในจังหวัดนครพนม

3. กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณ อยู่บนสมมติฐานที่ว่า มีอัตราการเกิดไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วย RT-PCR ในผู้ที่มีอายุ 18-64 ปี ในกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 10.77 และร้อยละ 5.16 ในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน และค่า VE ของวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 52.4⁽¹⁴⁾ สำหรับ non-inferiority ใช้ค่าความแตกต่างของ VE $\leq$ ร้อยละ 10 ระหว่าง Tri Fluvac กับ comparator ความน่าจะเป็นของการเกิดความผิดพลาดแบบที่ 1 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 2.5 ค่า power ร้อยละ 90 ขนาดตัวอย่างต่ำสุด ในแต่ละกลุ่ม จำนวน 524 คน ได้จากสูตรต่อไปนี้

$$n = [(Z_1 + Z_2)^2 \cdot 2(1 - \rho)] / (\rho_1 - \rho_2)^2$$

เมื่อ n = จำนวนในแต่ละกลุ่ม, ρ = สัดส่วนของผู้เป็นโรคที่ได้รับวัคซีน, ρ ค่าเฉลี่ยของ ρ_1 และ ρ_2 , $\rho_1 - \rho_2$ = limit difference, $Z_1 = Z(1 - \alpha)$; 1.96 for $\alpha = 0.025$, และ $Z_2 = Z(1 - \beta)$; 1.28 for $1 - \beta = 0.90$ ^(15,16) และ 1,648 คนต่อกลุ่ม สำหรับการเปรียบเทียบ superiority trail ระหว่าง Tri Fluvac กับ placebo ปรับขนาดของตัวอย่างเพื่อ

ให้ได้ช่วงความเชื่อมั่นขอบเขตล่างของ VE อย่างน้อยร้อยละ 40⁽¹⁷⁾ กำหนดการขาดการติดตามร้อยละ 10 และอัตราส่วนการสุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ได้อาสาสมัครทั้งหมด 4,284 คน แบ่งเป็น อาสาสมัครกลุ่ม Tri Fluvac 1,836 คน กลุ่ม placebo 1,836 คน และกลุ่ม comparator 612 คน ตามลำดับ

4. การออกแบบการทดลองทางคลินิก

4.1 การเชิญอาสาสมัคร การสุ่มตัวอย่าง และการปกปิด ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถอ่านออกเขียนได้ (สตรีไม่ได้ให้หมบทาร ไม่ได้ตั้งครรภ์ หรือมีแผนที่จะตั้งครรภ์) ผู้สนใจได้รับการคัดกรองให้การยินยอม และประเมินคุณสมบัติ จากนั้นได้รับการสุ่มในอัตราส่วน 3:3:1 (เป็น Tri Fluvac : placebo : comparator) โดยนักสถิติอิสระ ใช้การสุ่มแบบบล็อกที่มีขนาดของตัวอย่างเท่ากับ 21 การจัดสรรภายในแต่ละบล็อกเป็นการสุ่มอย่างสมบูรณ์ แต่ละบล็อกจะเรียงลำดับแบบสุ่มเพื่อให้แน่ใจว่ามีความสมดุลในแต่ละกลุ่ม มีการปกปิดว่าอาสาสมัครแต่ละคนจะได้รับวัคซีนตัวใด อาจมีการเชิญอาสาสมัครเพิ่มเติม หากอาสาสมัครที่สุ่มได้แล้วเปลี่ยนใจไม่ร่วมโครงการ พยาบาลวิจัยในการศึกษานี้ที่ไม่มี การปกปิดจะเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมวัคซีน อาสาสมัครจะได้รับวัคซีน 1 ครั้ง ฉีดที่ต้นแขนข้างที่มือไม่ถนัด หากไม่ได้ฉีดวัคซีนในวันเดียวกันกับวันที่ตรวจคัดกรอง การทดสอบการตั้งครกจากปัสสาวะจะทำซ้ำในอาสาสมัครหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนที่จะฉีดวัคซีน

วัคซีนและผลิตภัณฑ์วัคซีน

วัคซีนที่ใช้ในการวิจัย Tri Fluvac เป็นวัคซีนชนิดเชื้อตายสามสายพันธุ์ มีส่วนประกอบของไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่แนะนำสำหรับซีกโลกใต้เพื่อใช้ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563 ประกอบด้วย ไวรัสสายพันธุ์ A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09-like

virus; A/Switzerland/8060/2017 (H3N2)-like virus; และ B/Colorado/06/2017-like virus (B/Victoria lineage) ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม Tri Fluvac แต่ละโดส มีปริมาณฮีแมกกูตินิน (HA) 45 ไมโครกรัม (15 ไมโครกรัม ฮีแมกกูตินินต่อสายพันธุ์) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร รูปแบบบรรจุ 1 ขวดต่อสองโดส มีส่วนผสมของ Thimerosal เป็นสารกันเสียของวัคซีนในปริมาณ ≤ 7.5 ไมโครกรัม มิลลิเมตรปรอทต่อโดส ในแต่ละโดส 0.5 มิลลิลิตร อาจมีปริมาณของไข่ขาวหลงเหลืออยู่ (≤ 0.5 ไมโครกรัม), พอร์มาดีไฮด์ (≤ 50 ไมโครกรัม), tween 80 (≤ 250 ไมโครกรัม), triton X-100 (≤ 5 ไมโครกรัม) และ gentamicin (ไม่เกิน 0.05 ไมโครกรัม) ใช้ฉีดเข้าในกล้ามเนื้อบริเวณต้นแขน 1 ครั้ง ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร

วัคซีนเปรียบเทียบ เป็นวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่ผ่านการรับรองให้ใช้ได้ในประเทศไทย เป็นวัคซีนที่แนะนำสำหรับชุกโลกใต้เพื่อใช้ในชวงปี พ.ศ. 2562-2563 ประกอบด้วย ไวรัสสายพันธุ์เช่นเดียวกับ Tri Fluvac ใช้ฉีดเข้าในกล้ามเนื้อบริเวณต้นแขน 1 ครั้ง ในปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร

สารเลียนแบบวัคซีน เป็นน้ำเกลือ ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ใช้ฉีดบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขน

4.2 การทดสอบหาเชื้อไข้หวัดใหญ่ อาสาสมัครได้รับการติดตามทุกสัปดาห์ตั้งแต่วันที่ 15 หลังฉีดวัคซีน ไปจนครบ 12 เดือน เพื่อประเมินความเจ็บป่วยทางคลินิก ได้แก่ อาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง โดยใช้คำจำกัดความของ WHO⁽¹⁸⁾ หากมีอาการดังกล่าวจะมีการเก็บตัวอย่างหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab) โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรม ตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้ในถังไนโตรเจนเหลวที่โรงพยาบาลนครพนม และส่งตรวจที่คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล สัปดาห์ละ

1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ถูกจัดมาเพื่อทำหน้าที่ด้านการขนส่งโดยเฉพาะ และใช้ถังไนโตรเจนเหลวในการนำส่งตัวอย่างตรวจ เมื่อตัวอย่างส่งตรวจไปถึงห้องปฏิบัติการหากไม่ได้ทำการทดสอบทันที จะเก็บไว้ที่อุณหภูมิ -70°C จนกว่าจะทำการทดสอบการตรวจหาเชื้อใช้วิธี RT-PCR ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁹⁾

4.3 การกำกับดูแลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หลังการฉีดวัคซีน ผู้ช่วยนักวิจัยประเมินและบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเวลา 30 นาที และอาสาสมัครจะบันทึกด้วยตนเองทุกวันเป็นเวลา 7 วัน และมีการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตลอดระยะเวลา 12 เดือน การกำกับดูแลด้านความปลอดภัย มีทีมแพทย์ด้านความปลอดภัย (safety monitoring team; SMT) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากองค์การเภสัชกรรม เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องแต่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการศึกษา SMT จะตรวจสอบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดอย่างเป็นอิสระ พิจารณาอย่างละเอียดถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใช้เกณฑ์ของสหรัฐอเมริกา⁽²⁰⁾ นอกเหนือจาก SMT แล้ว จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับดูแล ตรวจสอบข้อมูลและความปลอดภัย (Data Safety Monitoring Board; DSMB) ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยองค์การเภสัชกรรม

5. การประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย

5.1 การประเมิน VE ของ Tri fluvac ใช้

“ผลรวมของระยะเวลาที่สังเกตหรือสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง” (person-time at risk) ผลลัพธ์เชิงตัวแปร คือ จำนวนครั้งของการเป็น ILI/SARI ที่เกิดจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในรอบปี ตัวแปรผลลัพธ์มีหลายตัวในอาสาสมัครคนเดียวกัน ค่าของ VE เชิงสัมบูรณ์ ได้จากการประมาณ

$(1 - \text{rate ratio}) \times 100$ โดยที่ rate ratio เป็นอัตราส่วนของอัตราการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการยืนยันจาก RT-PCR ระหว่างผู้ที่ได้รับ Tri Fluvac กับผู้ที่ได้รับ placebo ส่วนค่า VR เชิงสัมพัทธ์ ได้รับจากการประมาณ $(1 - \text{rate ratio}) \times 100$ โดยที่ rate ratio เป็นอัตราส่วนของอัตราการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ระหว่างผู้ที่ได้รับ Tri Fluvac กับผู้ที่ได้รับ comparator

ข้อมูลความตรงกันของสายพันธุ์ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนและสายพันธุ์ที่ก่อโรค ได้มาจากระบบเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ค่า VE

5.2 การวิเคราะห์ความปลอดภัย นับจำนวนและสัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ดังนี้ 1) จากการสอบถามอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ได้แก่ ผื่นแดง / ผื่นคัน บวม / ผื่นนูน ปวด การเคลื่อนไหวแขนมีข้อจำกัด และอาการที่เกิดกับระบบของร่างกาย ได้แก่ มีไข้, เมื่อยล้า / รู้สึกไม่สบาย ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ หนาวสั่น คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ภายใน 30 นาที หลังการฉีดวัคซีนหรือ placebo 2) อาสาสมัครบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ร้ายแรง ในช่วง 0-7 วัน และ 3) การติดตามทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 12 เดือนหลังได้รับวัคซีนหรือ placebo

การวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้ซอฟต์แวร์ STATA เวอร์ชัน 14.2 (StataCorp LP, College Station, TX, USA) มีการออกแบบแผนการวิเคราะห์ทางสถิติ (statistical analysis plan) โดยศูนย์ระบาดวิทยาและสถิติทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อช่วยให้นักสถิติอิสระดำเนินการวิเคราะห์และตรวจสอบผลการศึกษารายการวิเคราะห์ทั้งหมดเป็น intention to treat

การประเมินประสิทธิผลของวัคซีนทดสอบ Tri fluvac ใช้สถิติสมการถดถอยปัวซอง Poisson regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.05 การวิเคราะห์ความปลอดภัยเปรียบเทียบจำนวนและสัดส่วนของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่าง Tri Fluvac กับ comparator ด้วยสถิติ Fisher exact test

การพิจารณาด้านจริยธรรม ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2562 (Ref. no.5/2562)

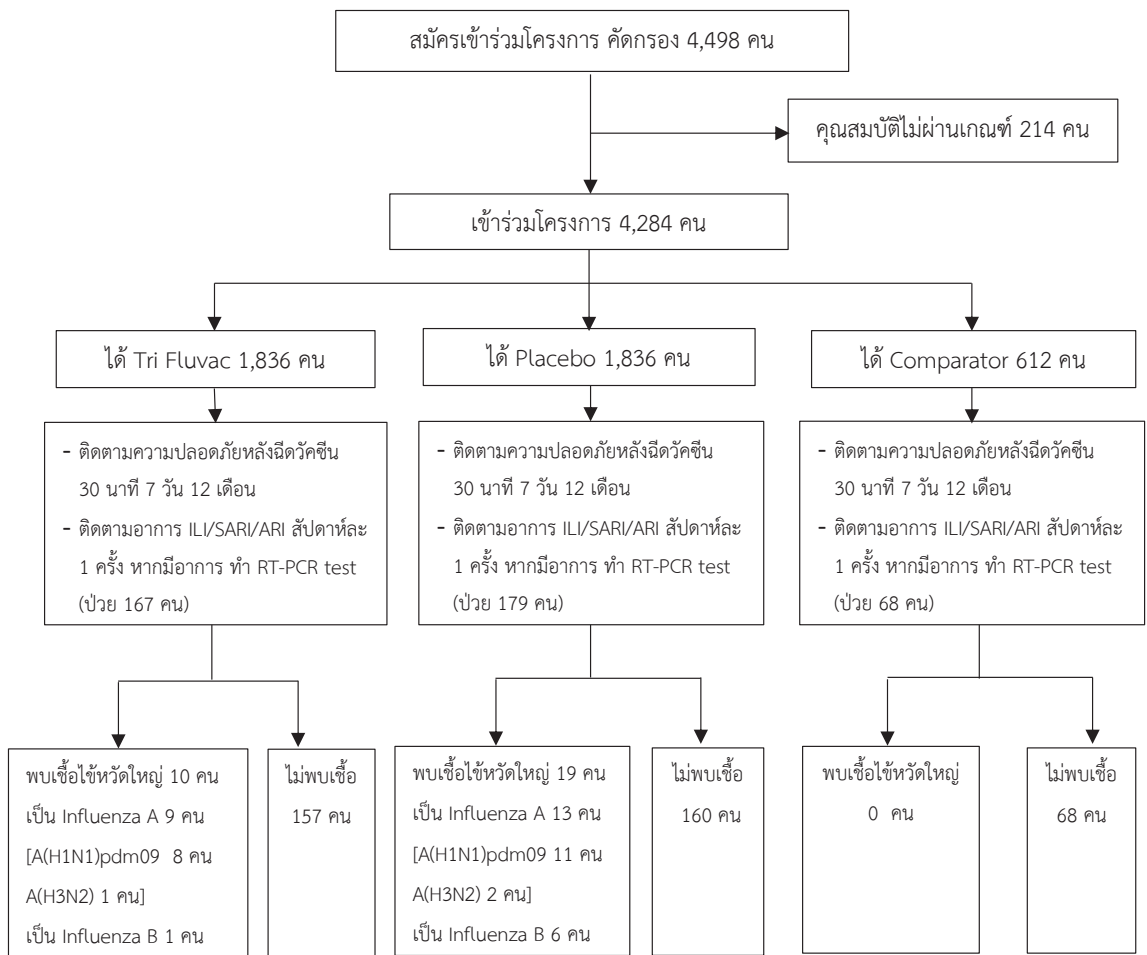
ผลการศึกษา

การเชิญอาสาสมัครและลักษณะพื้นฐานของอาสาสมัคร ผู้สนใจเข้าร่วมวิจัย 4,498 คน ไม่ผ่านการคัดกรอง 214 คน คงเหลืออาสาสมัครที่มีคุณสมบัติ จำนวน 4,284 คน ได้รับการสุ่มเข้ารับผลิตภัณฑ์การศึกษา Tri Fluvac, placebo และ comparator จำนวน 1,836, 1,836 และ 612 คน ตามลำดับ (ภาพที่ 1) แต่มีอาสาสมัคร 1 คนในกลุ่ม comparator ได้รับวัคซีนผิดเป็นวัคซีน Tri Fluvac แทน ลักษณะทางด้านประชากรระหว่างทั้งสามกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1) โดยมีอาสาสมัครประมาณสองในสามเป็นผู้หญิง มีค่ากลาง (Median) ของอายุเป็น 47 ปี อาสาสมัครมากกว่า 90% สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษา 84% แต่งงานแล้ว 84% ทำงานในภาคเกษตรกรรม และ 75% มีรายได้สุทธิของครัวเรือนต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ประมาณ 2-3% ที่อาสาสมัครเคยป่วยด้วยอาการรุนแรงในรอบปีที่ผ่านมาและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอาสาสมัครสมัคร 11-12% ที่เคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในรอบปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานทางประชากรและทางคลินิกของอาสาสมัครแบ่งตามการได้รับผลิตภัณฑ์การศึกษา

	Tri Fluvac N=1,836	Placebo N=1,836	Comparator N=612
เพศหญิง n (%)	1,273 (69.3)	1,232 (67.1)	406 (66.3)
ค่ากลางของอายุ (ปี) พิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR)	47 (39, 53)	47 (40, 54)	48 (40, 54)
ค่ากลางระยะทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด (กม) (IQR)	2 (1, 4)	2 (1, 4)	2 (1, 4)
ระดับการศึกษา n (%)			
ไม่ได้เรียน	19 (1.0)	14 (0.8)	6 (1.0)
ประถมศึกษา	1,109 (60.4)	1,117 (60.8)	389 (63.6)
มัธยมศึกษา	583 (31.8)	564 (30.7)	175 (28.6)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ชั้นสูง	47 (2.6)	51 (2.8)	18 (2.9)
ปริญญาตรี	78 (4.3)	90 (4.9)	24 (3.9)
สถานภาพสมรส n (%)			
แต่งงาน	1,542 (84.0)	1,543 (84.0)	519 (84.8)
หม้าย	64 (3.5)	58 (3.2)	25 (4.1)
หย่า แยก	52 (2.8)	59 (3.2)	15 (2.5)
โสด	177 (9.6)	174 (9.5)	51 (8.3)
ไม่ทราบ	1 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.3)
อาชีพ n (%)			
เกษตรกร	1,545 (84.2)	1,527 (83.2)	514 (84.0)
ค้าขาย	49 (2.7)	55 (3.0)	13 (2.1)
รับจ้าง	6 (0.3)	6 (0.3)	2 (0.3)
ข้าราชการ	33 (1.8)	41 (2.2)	10 (1.6)
นักเรียน	31 (1.7)	34 (1.9)	10 (1.6)
พนักงานของรัฐ	52 (2.8)	46 (2.5)	18 (2.9)
แม่บ้าน	40 (2.8)	34 (1.9)	16 (2.6)
เจ้าของกิจการ	8 (0.4)	5 (0.3)	1 (0.2)
ไม่มีอาชีพ	26 (1.4)	27 (1.5)	7 (1.1)

	Tri Fluvac N=1,836	Placebo N=1,836	Comparator N=612
ข้าราชการเกษียณ	2 (0.1)	3 (0.2)	1 (0.2)
อื่นๆ	44 (2.4)	58 (3.2)	20 (3.3)
รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน (บาท) n (%)			
<5,000	1,389 (75.7)	1,368 (74.5)	470 (76.8)
5,000-9,999	266 (14.5)	290 (15.8)	79 (12.9)
10,000-19,999	111 (6.1)	104 (5.7)	44 (7.2)
20,000-29,999	28 (1.5)	38 (2.1)	7 (1.1)
30,000-39,999	15 (0.8)	13 (0.7)	6 (1.0)
>40,000	14 (0.8)	13 (0.7)	2 (0.3)
ไม่ทราบ	13 (0.7)	10 (0.5)	4 (0.7)
สิทธิด้านการรักษา n (%)			
ไม่มี	2 (0.1)	10 (0.5)	1 (0.2)
บัตรทอง	1,721 (93.7)	1,704 (92.8)	569 (93.0)
ข้าราชการ	55 (3.0)	73 (4.0)	22 (3.6)
ประกันสังคม	31 (1.7)	18 (1.0)	13 (2.1)
ประกันชีวิต	20 (1.1)	28 (1.5)	6 (1.0)
ไม่ทราบ	7 (0.4)	3 (0.2)	1 (0.2)
การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา n (%)			
เจ็บป่วยรุนแรง	47 (2.6)	43 (2.3)	13 (2.12)
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	49 (2.7)	43 (2.3)	15 (2.5)
ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ n (%)			
เคยได้รับ	228 (12.4)	232 (12.6)	70 (11.5)
เคยได้รับปีที่ผ่านมา	29 (1.6)	19 (1.0)	7 (1.1)
การสูบบุหรี่ n (%)			
เคยสูบอย่างน้อยหนึ่งมวนต่อวันในปีที่ผ่านมา	349 (19.0)	368 (20.0)	124 (20.3)
สูบในปัจจุบัน	274 (14.9)	291 (15.8)	97 (15.8)



ภาพที่ 1 ผลการเชิญอาสาสมัคร การสุ่ม และการติดตามอาสาสมัคร

ความปลอดภัยและการเกิดปฏิกิริยาเฉพาะที่ต่อวัคซีน ภายใน 30 นาทีหลังการฉีดวัคซีน อาการเจ็บปวดบริเวณที่ฉีดเป็นปฏิกิริยาที่พบบ่อยที่สุด รองลงมาเป็นอาการกดเจ็บบริเวณที่ฉีด ในขณะที่อาการปวดศีรษะ อาการปวดไข้ และปวดกล้ามเนื้อเป็นปฏิกิริยาของระบบที่พบบ่อยที่สุด ประมาณ 95% ของปฏิกิริยาบริเวณที่ฉีดมีความรุนแรงเล็กน้อย และประมาณ 90% ของปฏิกิริยาของระบบมีความรุนแรงเล็กน้อย ในขณะที่ช่วง 7 วันหลังการฉีดวัคซีน อาสาสมัครทั้ง 3 กลุ่มพบอาการปวดและอาการกดเจ็บเป็นปฏิกิริยาเฉพาะที่ที่พบบ่อยที่สุด อาการปวดศีรษะ มีไข้ และ

ปวดกล้ามเนื้อเป็นปฏิกิริยาทางระบบที่พบบ่อยที่สุด (ตารางที่ 2)

จากการติดตามระยะ 12 เดือน จำนวนของเหตุการณ์อาการไม่พึงประสงค์ใดๆ ที่เกิดขึ้นในอาสาสมัครทั้ง 3 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน อาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง อาการไม่พึงประสงค์และอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเกิดขึ้นในอาสาสมัครที่ได้รับ Tri Fluvac 175 ราย (9.5%) ได้รับ placebo 177 ราย (10.8%) และได้รับ comparator 66 ราย (10.8%) โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง Tri Fluvac กับ comparator (p-value=0.437)

มีอาสาสมัครเสียชีวิต 11 รายในระหว่างการศึกษา (Tri Fluvac 3 ราย, placebo 7 ราย และ comparator 1 ราย) การเสียชีวิตทั้งหมดไม่เกี่ยวข้องกับ

ผลิตภัณฑ์ในการศึกษา และมีอาสาสมัครตั้งครรภ์ 14 คน ซึ่งไม่จัดว่าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 2 อาการไม่พึงประสงค์ในช่วง 7 วัน หลังจากได้รับผลิตภัณฑ์การศึกษา แบ่งตามกลุ่มและระดับความรุนแรง

อาการ	Tri Fluvac (n=1,836)		Placebo (n=1,836)		Comparator (n=612)	
	No. (%)		No. (%)		No. (%)	
Local reaction	Grade 1-2	Grade >3	Grade 1-2	Grade >3	Grade 1-2	Grade >3
Pain	252 (13.7)	0	118 (6.4)	0	70 (11.4)	0
Tenderness	307 (16.7)	0	118 (6.4)	0	93 (15.2)	0
Redness	30 (1.6)	0	16 (0.9)	0	12 (2.0)	0
Swelling	52 (2.8)	0	29 (1.6)	0	17 (2.8)	0
Systemic reaction						
Feverish	77 (4.2)	1 (0.1)	71 (3.9)	1 (0.1)	38 (6.2)	0
Malaise	187 (10.2)	2 (0.1)	166 (9.0)	1 (0.1)	77 (8.5)	0
Myalgia	298 (16.2)	0	216 (11.8)	1 (0.1)	111 (18.1)	0
Headache	221 (12.0)	0	217 (11.8)	1 (0.1)	82 (13.4)	0
Nausea	38 (2.1)	0	41 (2.2)	1 (0.1)	15 (2.5)	1 (0.2)
Itching	60 (5.3)	0	37 (2.0)	0	24 (3.9)	0

ประสิทธิผลทางคลินิก การวิเคราะห์แบบ intention to treat พบว่า เกิดการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ทั้งหมด 29 คน เป็นอาสาสมัครที่ได้รับวัคซีน Tri Fluvac 10 คน คิดเป็นอัตรา 5.5/1,000 คน/ปี และอาสาสมัครที่ได้รับ placebo 19 คน คิดเป็นอัตรา 10.4/1,000 คน/ปี ในกลุ่ม placebo ได้ค่าประสิทธิผลเชิงสัมบูรณ์สำหรับไขหวัดใหญ่ทุกสายพันธุ์ ร้อยละ 46.43 (95% CI= -22.0-76.5) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ขององค์การอาหารและ

ยาของประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อพิจารณาจากค่า 95%CI ของ VE $\geq 40\%$ โดยใช้ขอบเขตล่าง (ตารางที่ 3) วัคซีน Tri Fluvac ไม่มีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับ comparator (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณาประสิทธิผลที่สมบูรณ์ของ Tri Fluvac เมื่อเทียบกับ placebo ในการป้องกันอาการ ARI / SARI / ILI พบว่ามีแนวโน้มที่ป้องกันโรคได้ร้อยละ 6.54 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพสัมบูรณ์ของ Tri Fluvac เมื่อเทียบกับ placebo ในการป้องกันอาการ ARI/SARI/ILI และการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

จุดยุติ	Tri Fluvac n=1,836		Placebo n=1,836		RR [€] AR Tri	Vaccine efficacy (1 – RR) × 100		p- value [€]
จำนวนคน-ปี	1,832.4		1,829.8		Fluvac/AR placebo	VE (%)	95%CI	
	No.	AR [§]	No.	AR [§]				
อาการทางคลินิก								
ARI/SARI/ILI	167	91.14	179	97.83	0.9346	6.54	(-16.56, 25.06)	0.548
ARI	148	80.77	142	77.61	1.0464	-4.64	(-33.51, 17.99)	0.715
SARI	0	0	2	1.09	0.5000 ^[1]	50.00 ^[1]	(-450.93, 95.46)*	0.563*
ILI	19	10.37	35	19.13	0.5517	44.83	(0.01, 69.56)	0.050
ผลตรวจด้วย RT-PCR								
ทุกเชื้อ	10	5.46	19	10.38	0.5357	46.43	(-22.02, 76.49)	0.137
Influenza A	9	4.91	13	7.11	0.6913	30.87	(-61.73, 70.45)	0.395
A(H1N1)pdm09	8	4.37	11	6.01	0.7263	27.38	(-80.55, 70.79)	0.491
A(H3N2)	1	0.55	2	1.09	0.4993	50.07	(-450.43, 95.47)	0.571
Influenza B	1	0.55	6	3.28	0.1124	88.76	(-140.42, 99.48)	0.162

[§] อัตราโจมตี Attack rate (AR) = Number of cases / จำนวนคน-ปีในแต่ละกลุ่ม (1,000 person-years)

[€] Multilevel Poisson regression analysis Abbreviation ARI = acute respiratory tract infection, SARI = severe acute respiratory tract infection, ILI = influenza. liked illness, AR = attack rate, RR = rate ratio, VE = vaccine effectiveness

^[1] Estimated RR, actual RR < estimate value

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพสัมพัทธ์ของ Tri Fluvac เมื่อเทียบกับ comparator ในการป้องกันอาการ ARI/SARI/ILI และการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

จุดยุติ	Tri Fluvac n=1,836		Comparator n=612		RR [€] AR Tri	Vaccine efficacy (1 – RR) × 100		p- value [€]
จำนวนคน-ปี	1,832.4		609.2		Fluvac/AR comparator	VE (%)	95%CI	
	No.	AR [§]	No.	AR [§]				
อาการทางคลินิก								
ARI/SARI/ILI	167	91.14	68	111.63	0.8227	17.73	(-10.92, 39.98)	0.200
ARI	148	80.77	56	91.93	0.8913	11.87	(-24.14, 36.00)	0.496
SARI	0	0	1	1.64	0.3333 ^[1]	66.77 ^[1]	(-431.11, – 97.91) ^[1]	0.410 ^[1]
ILI	19	10.37	11	18.06	0.5787	42.13	(-24.45, 73.19)	0.161

จุดยุติ	Tri Fluvac Comparator		RR [€]		Vaccine efficacy		p-value [€]
	n=1,836	n=612	AR Tri	Fluvac/AR	(1 – RR) × 100	95%CI	
จำนวนคน-ปี	1,832.4	609.2	comparator		VE (%)	95%CI	
	No.	AR [§]	No.	AR [§]			
ผลตรวจด้วย RT-PCR							
ทุกเชื้อ	10	5.46	0	0	3.3333 ^[2]	-233.33 ^[2] (-2499.62, 57.24) ^[2]	0.2220 ^[2]
Influenza A	9	4.91	0	0	3.0000 ^[2]	-200.00 ^[2] (-2363.12, 61.91) ^[2]	0.2723 ^[2]
A(H1N1)pdm09	8	4.37	0	0	2.6667 ^[2]	-166.67 ^[2] (-2027.79, 66.58) ^[2]	0.3350 ^[2]
A(H3N2)	1	0.55	0	0	0.3333 ^[2]	66.77 ^[2] (-431.11 – 97.91) ^[2]	0.410 ^[2]
Influenza B	1	0.55	0	0	0.3333 ^[2]	66.77 ^[2] (-431.11 – 97.91) ^[2]	0.410 ^[2]

[§] อัตราโจมตี Attack rate (AR) = Number of cases /จำนวนคน-ปีในแต่ละกลุ่ม (1,000 person-years)

[€] Multilevel Poisson regression analysis Abbreviation ARI = acute respiratory tract infection, SARI = severe acute respiratory tract infection, ILI = influenza like illness, AR = attack rate, RR = rate ratio, VE = vaccine effectiveness. ค่าประสิทธิภาพสัมพัทธ์ของ Tri Fluvac ไม่ด้อยกว่า comparator หากค่า VE ต่างกันไม่เกิน 10% ค่าประสิทธิภาพสัมบูรณ์ใช้ lower bound of two-sided 95% CI > -0.20. ^[1] ค่า Estimated RR มากกว่าค่าจริง ^[2] ค่า Estimated RR น้อยกว่าค่าจริง

อำนาจในการประมาณค่า VE เมื่อใช้
 อุบัติการณ์ไข้หวัดใหญ่ที่เกิดขึ้นจริงในระหว่างการศึกษา อำนาจในการประมาณค่า VE คือ 43.7% (โดยมีจำนวนอาสาสมัครต่อกลุ่ม = 1,836 สำหรับ Tri fluvac และ placebo) ขนาดตัวอย่างที่จำเป็นสำหรับประมาณค่า absolute VE = 46.4% ในกรณีที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้หวัดใหญ่ต่ำ เมื่อต้องการอำนาจในการทำนาย 80% คือ ต้องการอาสาสมัครต่อกลุ่ม กลุ่มละ 4,460 คน

วิจารณ์

Tri Fluvac เป็นวัคซีนไข้หวัดใหญ่ชนิดเชื้อตายสามสายพันธุ์ที่ผลิตโดย GPO มีความปลอดภัยดี แต่จุดยุติทางคลินิกสำหรับ VE สัมบูรณ์เทียบกับ placebo ไม่ตรงตามเกณฑ์ของการอาหารและยาของประเทศไทย อาจเนื่องมาจากอุบัติการณ์ของไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทยต่ำในช่วงปี 2563 เป็นเวลาของการระบาดใหญ่ของ

โควิด-19⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตามจุดสิ้นสุดด้านภูมิคุ้มกันซึ่งผู้วิจัยกำลังตีพิมพ์เผยแพร่ แสดงให้เห็นว่าไม่ด้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวัคซีน comparator ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ขององค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาในการขอใบอนุญาตวัคซีนสำหรับผู้ใหญ่ การค้นพบนี้ถูกนำเสนอต่อองค์การอาหารและยาของไทยในช่วงกลางปี 2566 โดยมีเป้าหมายในการอนุญาตให้ใช้ Tri Fluvac ในประเทศไทย

สาเหตุที่ไม่สามารถวัดประสิทธิภาพทางคลินิกต่อการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการได้อย่างแม่นยำเนื่องจากอุบัติการณ์การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่น้อยกว่าที่คาดการณ์ไว้มาก ด้วยเหตุผลสองประการ ประการแรก การวิจัยได้ดำเนินการล่าช้า 4 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2562 ซึ่งเป็นช่วงสูงสุดของการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ตามปกติคือระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม⁽²²⁾ ประการที่สอง มีมาตรการที่ไม่ใช้

ยา (non-pharmaceutical interventions) เพื่อชะลอการแพร่กระจายของเชื้อ SARS-CoV-2 ส่งผลให้เกิดไข้หวัดใหญ่ต่ำเป็นประวัติการณ์^(21,23) นอกจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ต่ำแล้ว ความตรงกันของสายพันธุ์ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนและสายพันธุ์ที่ก่อโรค จากรายงานการเฝ้าระวังจากศูนย์ไข้หวัดใหญ่แห่งชาติที่มีสถานการณ์ที่ไม่ตรงกันมากในเดือนพฤศจิกายน 2562 พบว่า ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09-like virus ตรงกัน 88% สายพันธุ์ A/Switzerland/8060/2017 (H3N2)-like virus ตรงกัน 10.5% และสายพันธุ์ B/Colorado/06/2017-like virus ตรงกัน 3.4% และความตรงกันลดลงเป็น 0% ในรายงานระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2563 โดยเดือนมกราคม 2563 สายพันธุ์ที่พบมากได้เปลี่ยนไปเป็นสายพันธุ์ A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09, A/SouthAustralia/34/2019 (H3N2), และสายพันธุ์ B/Washington/02/2019⁽²⁴⁾

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ นอกจากการเกิดไข้หวัดใหญ่ต่ำมากและการตรงกันของสายพันธุ์วัคซีนไม่ดีพอ อาสาสมัครในการศึกษานี้เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีเท่านั้น ดังนั้นผลลัพธ์อาจไม่สามารถสรุปเป็นภาพตัวแทนได้กับบุคคลอื่นๆที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อไข้หวัดใหญ่ที่รุนแรง^(25,26) หรือเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลประเทศไทยพบน้อยในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น พบ 2% ในหญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็กพบ 20% ในผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และพบ 60% ในบุคลากรทางการแพทย์ การเพิ่มอุปทานวัคซีนผ่านการผลิตในประเทศสามารถตอบสนองความต้องการสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลจากการประเมินหลังการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าประเทศไทย

เพิ่มการซื้อวัคซีนเพิ่มขึ้น 25% และเริ่มให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ตลอดทั้งปีสำหรับหญิงตั้งครรภ์⁽²⁷⁾ ณ วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2566 ประเทศไทยได้ให้วัคซีนป้องกันโควิด-19 ครอบคลุม 2 โดส โดยรวมคิดเป็น 78% และในผู้สูงอายุ 81% แสดงให้เห็นว่าประชากรมีความพร้อมต่อมาตรการป้องกัน^(28,29) WHO แนะนำให้เพิ่มความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในบุคคลที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อความรุนแรงของโรค จะทำให้ป้องกันการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตได้อย่างมาก⁽³⁰⁾ วัคซีนที่ผลิตได้ในประเทศชื่อ Tri Fluvac แสดงให้เห็นว่าปลอดภัยและมีความเป็นไปได้ต่อการที่จะได้รับใบอนุญาต และนำไปสู่การผลิตขนาดใหญ่ในประเทศเพื่อความมั่นคงด้านวัคซีนของประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษานี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 286 คน ช่วยติดตามอาสาสมัครภายในระยะเวลาหนึ่งปี ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ช่วยดำเนินการทดสอบสิ่งส่งตรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. Luliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, et al. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *Lancet* 2018; 391(10127):1285-300.
2. World Health Organization. Influenza (Seasonal) [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 20]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

3. Rivetti D, Jefferson T, Thomas R, Rudin M, Rivetti A, Di Pietrantonj C, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19(3):CD004876.
4. World Health Organization. Vaccines against influenza WHO position paper - November 2012. *Wkly Epidemiol Rec* 2012; 87(47):461-76.
5. Friede M, Palkonyay L, Alfonso C, Pervikov Y, Torelli G, Wood D, et al. WHO initiative to increase global and equitable access to influenza vaccine in the event of a pandemic: supporting developing country production capacity through technology transfer. *Vaccine* 2011; 29 Suppl 1:A2-7.
6. Koch A, Röhm J. Hypothesis Testing in the “Gold Standard” Design for Proving the Efficacy of an Experimental Treatment Relative to Placebo and a Reference. *Journal of Biopharmaceutical Statistics* 2004; 14(2):315-25.
7. Mutze T, Konietzschke F, Munk A, Friede T. A studentized permutation test for three-arm trials in the ‘gold standard’ design. *Stat Med* 2017; 36(6):883-98.
8. FDA. Non-Inferiority Clinical Trials to Establish Effectiveness: Guidance for Industry [Internet]. [cited 2022 April 14]. Available from: <https://www.fda.gov/media/78504/download>
9. Rid A, Saxena A, Baqui AH, Bhan A, Bines J, Bouesseau M-C, et al. Placebo use in vaccine trials: Recommendations of a WHO expert panel. *Vaccine* 2014; 32(37):4708-12.
10. US Department of Health Human Services. Guidance for industry: clinical data needed to support the licensure of seasonal inactivated influenza vaccines. 1st edition. Rockville, MD: Center for Biologics Evaluation and Research; 2007.
11. Schumi J, Wittes JT. Through the looking glass: understanding non-inferiority. *Trials* 2011; 12(1):106.
12. US Department of Health Human Services. Non-inferiority clinical trials to establish effectiveness: guidance for industry (November 2016). 1st edition. Silver Spring, MD: Center for Drug Evaluation and Research, Center for Biologics Evaluation and Research; 2017.
13. FDA. Guidance for Industry: Clinical Data Needed to Support the Licensure of Seasonal Inactivated Influenza Vaccines [Internet]. [cited 2023 April 13]. Available from: <https://www.gmp-compliance.org/files/guidemgr/trifluvac.pdf>
14. Kuster SP, Shah PS, Coleman BL, Lam PP, Tong A, Wormsbecker A, et al. Incidence of influenza in healthy adults and healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2011; 6(10):e26239.

15. Jones B, Jarvis P, Lewis JA, Ebbutt AF. Trials to assess equivalence: the importance of rigorous methods. *BMJ: British Medical Journal* 1996; 313(7048):36-9.
16. Smith PG, Morrow RH, Ross DA. Wellcome Trust-Funded Monographs and Book Chapters. *Field Trials of Health Interventions: A Toolbox*. 2nd edition. New York, NY: Oxford University; 2015.
17. FDA. Toxicity Grading Scale for Healthy Adult and Adolescent Volunteers Enrolled in Preventive Vaccine Clinical Trials [Internet]. [cited 2023 April 20]. Available from: <https://www.fda.gov/media/73679/download>
18. WHO. WHO surveillance case definitions for ILI and SARI [Internet]. [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/case-definitions-for-ili-and-sari>
19. Chittaganpitch M, Supawat K, Olsen SJ, Waicharoen S, Patthamadilok S, Yingyong T, et al. Influenza viruses in Thailand: 7 years of sentinel surveillance data, 2004–2010. *Influenza and other respiratory viruses* 2012; 6(4):276-83.
20. US Food Drug Administration. Guidance for industry. Toxicity grading scale for healthy adult and adolescent volunteers enrolled in preventive vaccine clinical trials. *Fed Regist* 2007; 72(187):54917.
21. Suntronwong N, Thongpan I, Chuchaona W, Budi Lestari F, Vichaiwattana P, Yorsaeng R, et al. Impact of COVID-19 public health interventions on influenza incidence in Thailand. *Pathog Glob Health* 2020; 114(5):225-7.
22. Chittaganpitch M, Supawat K, Olsen SJ, Waicharoen S, Patthamadilok S, Yingyong T, et al. Influenza viruses in Thailand: 7 years of sentinel surveillance data, 2004–2010. *Influenza Other Respir Viruses* 2012; 6(4):276-83.
23. Prasertbun R, Mori H, Mahittikorn A, Siri S, Naito T. Pneumonia, influenza, and dengue cases decreased after the COVID-19 pandemic in Thailand. *Trop Med Health* 2022; 50(1):27.
24. Center TNI. Report on changes in influenza strains [Internet]. [cited 2022 April 13]. Available from: <http://www.thainihnic.org/influenza/main.php?option=report>
25. Nakphook S, Patumanond J, Shrestha M, Prasert K, Chittaganpitch M, Mott JA, et al. Antibody responses induced by trivalent inactivated influenza vaccine among pregnant and non-pregnant women in Thailand: A matched cohort study. *PLoS One* 2021; 16(6):e0253028.
26. Grohskopf LA, Alyanak E, Broder KR, Blanton LH, Fry AM, Jernigan DB, et al. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory

Committee on Immunization Practices
United States, 2020-21 Influenza
Season MMWR Recomm Rep 2020;
69(8):1-24.

27. Mantel C, Chu SY, Hyde TB, Lambach P, Group IPI. Seasonal influenza vaccination in middle-income countries: Assessment of immunization practices in Belarus, Morocco, and Thailand. *Vaccine* 2020; 38(2):212-9.
28. Control TDoD. Covid-19 Vaccination Progress Report for March 10, 2023 [Internet]. [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/diaryPresentMonth/03/10/2023>
29. Health MoP. MOPH Immunization Center [Internet]. [cited 2022 June 5]. Available from: <https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mophic/>
30. WHO. Vaccines against influenza: WHO position paper - May 2022. *Wkly Epidemiol Rec* 2022; 97(19):185-208.

ผลจากการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยติด เชื้อไข้หวัดใหญ่ที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 - 2559:

การวิเคราะห์ด้วยรูปแบบ Test negative design

The Result of Seasonal influenza vaccine against all-cause mortality following laboratory-confirmed influenza in patient with chronic obstructive pulmonary disease in Thailand 2011-2016: A Test negative design analysis

เกรียงไกร ประเสริฐ¹, สุทธินันท์ ชวาลชิตพิพร², ณัฐฎาพร ศรีประดิษฐ์³, สุริยา เนาศรี¹, นิชารีย์ บำเพ็ญศิลป์¹,
กัลยา ศรวงค์¹, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ¹, ปราบดา ประภาศิริ^{1*}

Kriengkrai Prasert¹, Sutthinan Chawalchitiporn², Nuddaporn Sripradit³, Suriya Naosri¹, Nichari Bamphensin¹,
Kanlaya Sornwong¹, Ratchadaporn Ungcharoen¹, Prabda Praphasiri^{1*}

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร,

²ภาควิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

³ศูนย์ศึกษาไข้หวัดใหญ่และวัคซีน โรงพยาบาลนครพนม

¹Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

²Epidemiology Department, Faculty of Medicine, Thammasart University

³Nakhon Phanom Provincial Hospital, Nakhon Phanom

*Correspondence to: prabda.p@ku.th

Received: Oct 26, 2023 | Revised: Nov 21, 2023 | Accepted: Dec 1, 2023

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญและแนะนำการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) แต่ยังไม่มียข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (VE) ในการป้องกันการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554-2559 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ test-negative design study (TND) ใช้ฐานข้อมูลการเข้ารับการรักษา (43 แพ้ม) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเมิน VE ต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายหลังไข้หวัดใหญ่ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชาวไทย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในช่วงฤดูไข้หวัดใหญ่ปี 2554-2555 ถึง 2558-2559 ใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์แบบหลายตัวแปร (multivariable logistic regression) เพื่อหาอัตราส่วนระหว่างความเป็นไปได้ของการฉีดวัคซีนในกลุ่มศึกษา เปรียบเทียบกับความเป็นไปได้การฉีดวัคซีนในกลุ่มควบคุม และคำนวณประสิทธิผลของวัคซีน ด้วยวิธีการ VE (Vaccine effectiveness) = (1- อัตราส่วนอัตราต่อรองที่ปรับแล้ว) X100 โดยการควบคุมตัวแปรร่วม (covariates) ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา จำนวนการเกิด exacerbation ในปีที่ผ่านมา ระดับการเกิดการไข้หวัดใหญ่ในแต่ละสัปดาห์ การสูบบุหรี่ และ

ระดับความรุนแรงของ COPD ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย COPD ทั้งหมดจำนวน 49,584 คน ได้รับการตรวจหาเชื้อไข้หวัดใหญ่ตลอด 5 ฤดูกาลและเสียชีวิตภายใน 30 วันนับจากวันการเก็บตัวอย่างจำนวน 16,489 คน (33%) ผลการตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ 2,768 คน (17%) ผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีน 5,738 (35%) โดยภาพรวมใน 5 ฤดูกาล ค่า VE ในการป้องกันการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 31% (ช่วงความเชื่อมั่น 95% [CI], 24-37%) และเมื่อควบคุมตัวแปรร่วม VE มีค่าเท่ากับ 32% (95%CI, 26-38%) เมื่อพิจารณาค่า VE ตามสายพันธุ์ของไข้หวัดใหญ่ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรร่วม สายพันธุ์ A/H3N2 ได้ค่า VE 38% [95%CI 30-45%] ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B ได้ค่า VE 30% [95%CI 19-40%] และค่า VE ของ A/H1N1 เท่ากับ 8% [95%CI-17-27%] แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบค่า VE ในช่วงปี 2554-2559 เท่ากับ 40%, 29%, 35%, 30% ตามลำดับโดยรวมแล้ว การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพวัคซีนไข้หวัดใหญ่, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การเสียชีวิต, TND

Abstract

Thailand Ministry of Public Health (MOPH) prioritizes and recommends influenza vaccination for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). But little is known about the influenza vaccine effectiveness (VE) against mortality among this population in Thailand. This study aimed to estimate influenza VE against mortality following laboratory-confirmed influenza in COPD patient in Thailand during the 2011-2016 influenza seasons. Using Thailand National Health Security Office's services database (43 folders), by a test-negative design study we estimated VE against all-cause mortality following laboratory-confirmed influenza in Thai adults aged ≥ 18 years patient with chronic obstructive pulmonary disease during the 2011–2012 to 2015–2016 influenza seasons. Using multivariable logistic regression to determine the ratio between the odds of vaccination in cases to the odds of vaccination in control, and calculated VE as $(1 - \text{adjusted odds ratio}) \times 100$. Adjusted VE for age, sex, co-morbidity, number of hospital visits in previous years, number of exacerbations in previous years, influenza activity, influenza season smoking, and COPD severity. Of those 49,584 COPD patients, 16,489 (33%) patients tested for influenza across the 5 seasons and died within 30 days of specimen collection. 17% (2,768 individuals) tested positive for influenza, and 5,738 (35%) were considered vaccinated for that season. Before and after multivariable adjustment, in 5 season we estimated VE against all-cause mortality following laboratory-confirmed influenza to be 31% (95% confidence interval [CI], 24-37%) and 32% (95%CI, 26-38%), respectively.

By strain, adjusted VE of influenza A/H3N2 was 38% [95%CI, 30-45%] and Influenza B was 30% [95%CI, 19-40%], but not found significant VE of A/H1N1 [VE=8; 95%CI, -17-27%]. We observed significant VE against deaths following influenza confirmation during 2012-2016 (adjusted VE= 40%, 29%, 35%, 30% respectively). Overall, influenza vaccination was associated with a modest protection among people with COPD against mortality following laboratory-confirmed influenza. These results support the importance of influenza vaccination in COPD patients.

Keywords: seasonal influenza, vaccine effectiveness, mortality, COPD, TND

บทนำ

ในแต่ละปี โลกมีผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่ประมาณ 290,000–650,000 ราย⁽¹⁾ อัตราการเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่ก่อโรคและประสิทธิภาพของวัคซีน^(2,3) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease; COPD) เป็นโรคทางเดินหายใจที่ทำให้การไหลเวียนของอากาศในปอดผิดปกติ โลกมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 64 ล้านคน และเกือบ 90% ของผู้ป่วยเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง⁽⁴⁾ ในประเทศไทย COPD เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 6 การกำเริบของโรค COPD (COPD exacerbation) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันของผู้ป่วยหายใจลำบากเกินกว่าปกติ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรค COPD โดยที่ประมาณร้อยละ 30 มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส⁽⁵⁾ ผู้ที่เป็นโรค COPD มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเจ็บป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่ในระหว่างการระบาดของไข้หวัดใหญ่ และการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สัมพันธ์กับการกำเริบของโรค COPD 5-22%⁽⁶⁻⁹⁾ ประสิทธิภาพของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (VE) ในการป้องกันการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุประมาณ 41-70%⁽¹⁰⁾ ประเทศไทยเริ่มให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งผู้ป่วย COPD

ในปี พ.ศ. 2555⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตามประเทศไทยไม่ค่อยมีรายงานเกี่ยวกับประสิทธิผลของไข้หวัดใหญ่กับการป้องกันการเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD รูปแบบการศึกษาเพื่อหาประสิทธิภาพของวัคซีนมีหลายวิธีการ การศึกษาวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมเป็นสิ่งที่ทำหาย เพราะต้องมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมาประเมินผลลัพธ์ของการเสียชีวิตและรูปแบบการศึกษานี้มีจริยธรรมการวิจัยในคน เพราะว่าถือว่ากลุ่มผู้ป่วย COPD เป็นกลุ่มที่ควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่^(12,13)

การประเมินประสิทธิภาพของวัคซีนโดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงสังเกต มีวิธีการหนึ่งที่นิยมใช้ในการประเมินคือ Test Negative Design (TND) วิธีการนี้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง และเป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือ⁽¹²⁾ เพราะใช้ผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจงมาก เช่น การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการ และการควบคุมความแตกต่างในพฤติกรรมและการรักษาพยาบาลระหว่างบุคคลที่ฉีดวัคซีนและไม่ได้รับการฉีดวัคซีน โดยศึกษาเฉพาะบุคคลที่ตรวจหาเชื้อไข้หวัดใหญ่เท่านั้น ประสิทธิภาพของวัคซีนที่ศึกษาด้วยรูปแบบ TND ได้ค่าประมาณ VE ที่มีแนวโน้มใกล้เคียงความเป็นจริง ลดอคติ (unbias)⁽¹³⁾ ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของ

การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบ TND ในผู้ป่วย COPD ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเข้ารับการรักษา (43 แห่ง) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2559 ผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการศึกษานี้เป็นข้อมูลสนับสนุนการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สำหรับผู้ป่วย COPD

วิธีการศึกษา

พื้นที่และรูปแบบการศึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2545 เพื่อดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ให้บริการแก่ประชากรไทยประมาณ 50 ล้านคนจากทั้งหมด 67 ล้านคน โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ประชาชนส่วนที่เหลือจะอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมหรือใช้สิทธิข้าราชการ ประชากรที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพนี้ลงทะเบียนด้วยหมายเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก สปสช. ใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เป็นฐานข้อมูลที่แสดงถึงการให้บริการต่างๆ ในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง รวมทั้งใช้เพื่อการเรียกเก็บเงินในการให้บริการจาก สปสช. ระบบบันทึกการจัดเก็บการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส ICD-10 ทางด้านข้อมูลการเสียชีวิต เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 กระทรวงมหาดไทยได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์บันทึกข้อมูลการเสียชีวิตทั้งหมด ประมาณการว่า ระบบดังกล่าวครอบคลุมบันทึกสาเหตุการเสียชีวิตจากสำนักงานทะเบียนในแต่ละเขต ได้เกือบ 90% ในประเทศไทย ฐานข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐจากสำนักงานประกันสุขภาพ

แห่งชาติและข้อมูลการเสียชีวิตจากกระทรวงมหาดไทย การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังวิเคราะห์ข้อมูลแบบ case control study TND (ภาพที่ 1)

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วย COPD อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยรหัส ICD-10 ได้แก่ J40 J44.0 J44.1 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2559 มีผลการตรวจหาเชื้อไข้หวัดใหญ่จากตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจ ด้วยวิธีการทางโมเลกุลปฏิกิริยาลูกโซ่ Real-time PCR (Real-Time Polymerase Chain Reaction) และมีหลักฐานการเสียชีวิตและสาเหตุการเสียชีวิต ทั้งนี้การเสียชีวิตนั้นจะต้องเกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังจากวันที่เก็บตัวอย่าง⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Case หรือกลุ่มศึกษา คือผู้ป่วย COPD ที่เสียชีวิตที่มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ด้วยวิธีการ PCR ได้ผลเป็นบวก

Control หรือกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วย COPD ที่เสียชีวิตที่มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ด้วยวิธีการ PCR ได้ผลเป็นลบ

Exposure หรือ การได้รับวัคซีน เป็นการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในระหว่าง ปี พ.ศ. 2554-2559 แบ่งออกเป็น 5 ฤดูกาล โดยแบ่งช่วงเวลา ดังนี้ คือ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ของแต่ละปีไปจนถึง วันที่ 31 พฤษภาคม ในปีต่อไป

Covariates หรือตัวแปรร่วม ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค COPD แบ่งตาม ยาขยายหลอดลมที่แพทย์สั่ง มาตรวัดของการหายใจลำบาก จำนวนการเกิดอาการกำเริบที่แย่ลง (exacerbation) การประเมินผลกระทบจากโรค COPD⁽¹⁷⁾ ตัวแปรเพศ อายุ จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา จำนวนการเกิด exacerbation ในปีที่ผ่านมา ระดับการเกิดการไข้หวัดใหญ่ในแต่ละสัปดาห์

ใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังจากศูนย์ใช้หวัดใหญ่แห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยการเกิดใช้หวัดใหญ่เป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง เมื่อพบเชื้อใช้หวัดใหญ่ตั้งแต่ 15% ขึ้นไปของตัวอย่างที่ตรวจทั้งหมดในสัปดาห์นั้น กับระดับต่ำ คือ พบเชื้อใช้หวัดใหญ่น้อยกว่า 15% การสุบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เคยสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ โรคประจำตัว แบ่งเป็น มี ไม่มี

การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบลักษณะต่างๆ สาเหตุการเสียชีวิต และระดับความรุนแรงของ COPD ของผู้ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันนับจากวันที่เก็บตัวอย่าง ระหว่างผู้ป่วยที่มีผลการตรวจพบเชื้อใช้หวัดใหญ่กับผู้ที่ไม่พบ และระหว่างผู้ป่วยที่ฉีดวัคซีนและผู้ที่ไม่ฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่ ตัวแปรต่อเนื่อง ใช้การทดสอบ t-test ส่วนตัวแปรที่เป็นนามบัญญัติหรือแบ่งเป็นระดับ ใช้การทดสอบ Fisher's exact test

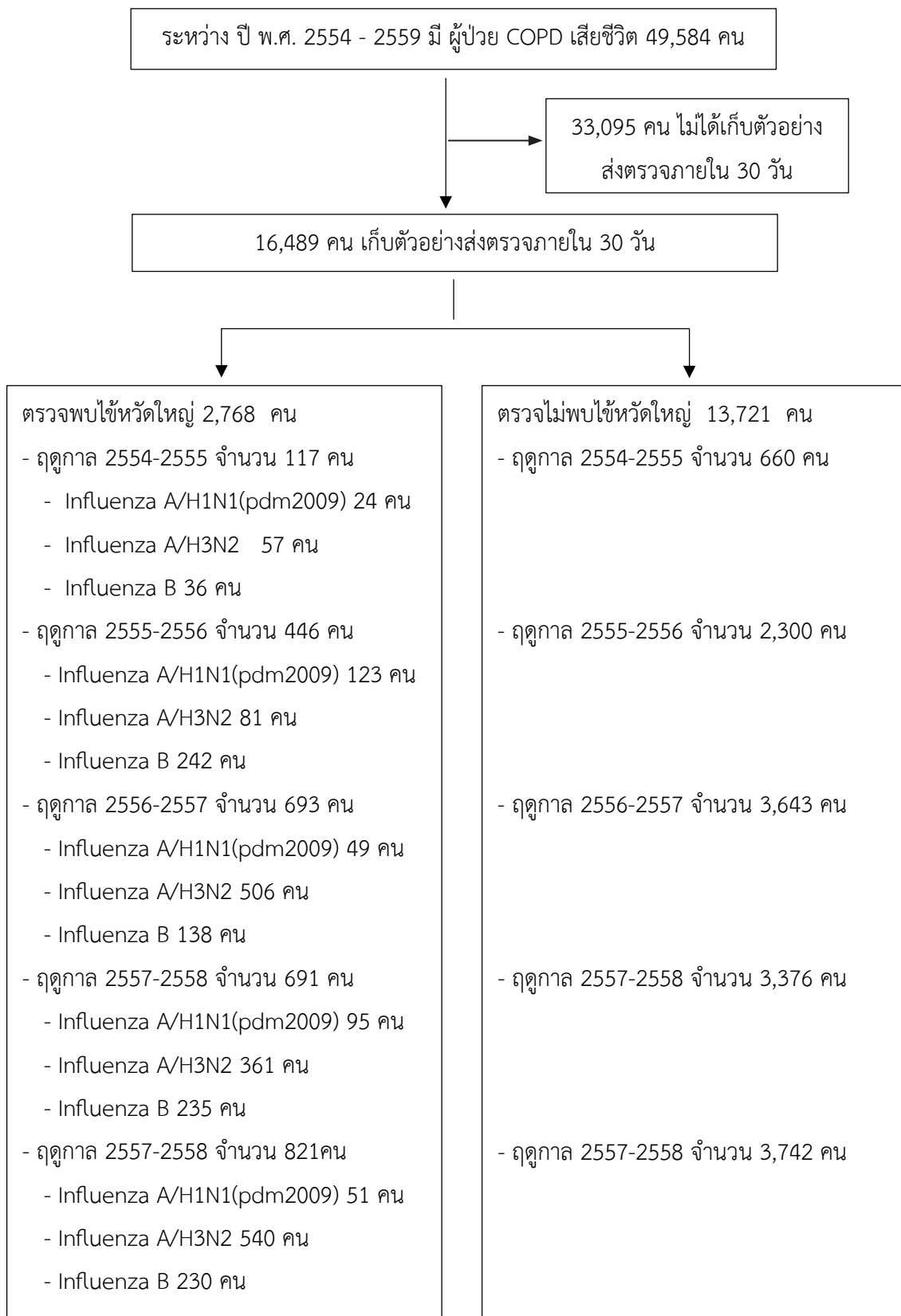
ใช้สมการถดถอยโลจิสติกส์แบบหลายตัวแปร (multivariable logistic regression) เพื่อหาอัตราส่วนระหว่างความเป็นไปได้ของการฉีดวัคซีนในกลุ่มศึกษา เปรียบเทียบกับความเป็นไปได้การฉีดวัคซีนในกลุ่มควบคุม และคำนวณ $VE = (1 - \text{อัตราส่วนอัตราต่อรองที่ปรับแล้ว}) \times 100$ โดยการควบคุม (adjusted) ตัวแปรร่วมต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว เป็นการคำนวณรวมทั้ง 5 ฤดูกาล และได้จำแนกตามฤดูกาลอีกด้วย มีการคำนวณค่า VE เมื่อจำแนกตามสายพันธุ์ของเชื้อใช้หวัดใหญ่ ได้แก่ ใช้หวัดสายพันธุ์ AH1N1, AH3N2 และ B มีการคำนวณ VE กลุ่มย่อยตามสาเหตุการเสียชีวิต

ด้วยโรคหัวใจและปอด การศึกษาของปราบดาและคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า โรคหัวใจและปอดและโรคร่วมหรือโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดที่สุดในผู้ป่วยที่พบเชื้อใช้หวัดใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามยังไม่พบหลักฐานที่มากพอที่จะสรุปว่าโรคหัวใจและปอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อใช้หวัดใหญ่ รวมทั้งมีการศึกษาอยู่น้อยในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลาง การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรม STATA software version 18 (StataCorp LP, College Station, TX, USA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทางกำหนดค่า p-value < 0.5

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 174/2565

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย COPD ทั้งหมดจำนวน 49,584 คน ได้รับการตรวจหาเชื้อใช้หวัดใหญ่ด้วยวิธีการ PCR ตลอด 5 ฤดูกาลและเสียชีวิตภายใน 30 วันนับจากวันการเก็บตัวอย่าง จำนวน 16,489 คน (33%) ผลการตรวจพบเชื้อใช้หวัดใหญ่ 2,768 คน (17%) โดยพบในฤดูกาล ปี พ.ศ. 2554-2555 15% (117/777), ฤดูกาล 2555-2556 16% (446/2,746), ฤดูกาล 2556-2557 15.9% (693/4,336), ฤดูกาล 2557-2558 16.9% (691/4,076) และฤดูกาล 2558-2559 17.9% (821/4,563) รายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการศึกษาวิจัย (Study flow)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย COPD ที่มีผลตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่และไม่พบเชื้อ พบว่า มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 73 ปี และ 74 ปี ทั้งสองกลุ่มประมาณ 80% มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ประมาณ 2% มีโรคประจำตัว 5% ของทั้งสองกลุ่มยังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ผู้ป่วย COPD ที่มีผลตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ มีระดับความรุนแรงมากที่สุด 41% ส่วนผู้ป่วยไม่พบเชื้อ พบ 39% สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและปอด พบไม่ต่างกัน คือประมาณ

40% ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับวัคซีน 35% (5,738 / 16,489) เมื่อพิจารณาตามลักษณะของการได้รับวัคซีน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับวัคซีนและไม่ได้รับวัคซีนมีลักษณะต่างกัน เช่น อายุเฉลี่ย เพศ การมีโรคประจำตัว จำนวนครั้งที่ไปโรงพยาบาลในช่วงปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-64 ปี รับวัคซีนเพียง 20% ขณะที่ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปรับวัคซีนถึง 80% ลักษณะที่ผู้ป่วย COPD ไม่มีความแตกต่างกัน คือ ประวัติการสูบบุหรี่ และระดับความรุนแรงของโรค และการตรวจสายพันธุ์ Flu A (H1pdm2009) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วย COPD ที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังเก็บตัวอย่างตรวจหาเชื้อไข้หวัดใหญ่ ระหว่างปี 2554-2559 (n=16,489)

ลักษณะ	พบ Influenza (n= 2,768)	ไม่พบ Influenza (n= 13,721)	P-value	ฉีดวัคซีน (n=5,738)	ไม่ฉีด (n=10,751)	P-value
อายุ (ปี), mean (SD)	73 (10)	74 (10)		72 (9)	74 (10)	0.000
กลุ่มอายุ						
18 – 64 ปี	503 (18)	2,305 (17)	0.046	1,143 (20)	9,086 (85)	0.000
ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	2,265 (82)	11,416 (83)		4,595 (80)	1,665 (15)	
เพศ						
ชาย	2,237 (81)	11,134 (81)	0.687	4,578 (80)	8,793 (82)	0.002
หญิง	531 (19)	2,587 (19)		1,160 (20)	1,958 (18)	
โรคประจำตัว						
มี	65 (2)	359 (3)	0.416	123 (2)	301 (3)	0.011
ไม่มี	2,703 (98)	13,362 (97)		5,615 (98)	10,450 (97)	
การสูบบุหรี่						
ไม่เคย	467 (17)	2,463 (18)	0.224	1,086 (19)	1,844 (17)	0.071
เคยสูบแต่หยุดแล้ว	2,164 (78)	10,590 (77)		4,356 (76)	8,398 (78)	
ยังสูบบุหรี่	137 (5)	668 (5)		296 (5)	509 (5)	
จำนวนครั้งไปโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา	6 (6)	6 (6)	0.309	6 (6)	5 (6)	<0.001
จำนวนครั้งอาการกำเริบในปีที่ผ่านมา	5 (8)	5 (8)	0.094	5 (8)	5 (8)	

ลักษณะ	พบ Influenza (n= 2,768)	ไม่พบ Influenza (n= 13,721)	P-value	ฉีดวัคซีน (n=5,738)	ไม่ฉีด (n=10,751)	P-value
ระดับความรุนแรงของ COPD						
class A	288 (10)	1,758 (13)	<0.001	707 (12)	1,339 (12)	0.121
class B	456 (16)	2,324 (17)		904 (16)	1,876 (17)	
class C	885 (32)	4,338 (32)		1,862 (32)	3,361 (31)	
class D	1,139 (41)	5,301 (39)		2,265 (40)	4,175 (39)	
ฤดูกาลที่เก็บตัวอย่าง						
2554-2555	117 (4)	660 (5)	0.0051	310 (5)	467 (4)	0.002
2555-2556	446 (16)	2,300 (17)		970 (17)	1,776 (17)	
2556-2257	693 (25)	3,643 (27)		1,549 (27)	2,787 (26)	
2557-2558	691 (25)	3,376 (25)		1,361(24)	2,706 (25)	
2558-2559	821 (30)	3,742 (27)		1,548 (27)	3,015 (28)	
เชื้อไข้หวัดใหญ่						
Flu A (H3N2)	1,545 (56)	-		413 (8)	1,132 (11)	< 0.001
Flu A (H1pdm2009)	342 (12)	-		114 (2)	228 (3)	0.305
Flu B	881 (32)	-		252 (5)	629 (7)	< 0.001
สาเหตุการเสียชีวิต						
ภาวะทางโรคหัวใจและปอด	2014 (40)	5,488 (40)	0.649	2,193 (38)	4,415 (41)	< 0.001
ไม่ใช่ภาวะทางโรคหัวใจและปอด	1,648 (60)	8,233 (60)		3,545 (62)	6,336 (59)	

โรคประจำตัว ได้แก่ cardiovascular diseases, osteoporosis, depression and anxiety, skeletal muscle dysfunction, metabolic syndrome, and lung cancer.

ตารางที่ 2 นำเสนอประสิทธิผลของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในการป้องกันการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2559 วัคซีนไข้หวัดใหญ่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ 31% (95%CI= 24, 37) เมื่อควบคุมตัวแปรร่วมอื่นๆ ประสิทธิภาพของวัคซีนมีค่า 32% (95%CI= 26, 38) และเมื่อจำแนกตามสายพันธุ์ของไข้หวัดใหญ่ พบว่า วัคซีนไข้หวัด

ใหญ่มีประสิทธิภาพในการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A/H3N2 และสายพันธุ์ B ได้เท่าๆ กับ ผลรวมของทุกสายพันธุ์ ยกเว้นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A/H1N1(pdm2009) ที่มีแนวโน้มว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันการเสียชีวิต (VE= 8, 95%CI= -17,27) เมื่อพิจารณาตามฤดูกาล พบว่า ทุกฤดูกาล ไข้หวัดใหญ่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเสียชีวิตได้ถึงหนึ่งในสาม (adjusted VE= 40, 29, 35, 30 ในฤดูกาล 2555-2559 ตามลำดับ) ยกเว้นฤดูกาล

ปี พ.ศ. 2554-2555 ที่พบว่าวัคซีนมีแนวโน้มว่ามีประสิทธิผล (VE= 30, 95%CI= -8, 55) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิต พบประสิทธิผลในการป้องกันการเสียชีวิตใน

กลุ่มโรคหัวใจและโรคทางปอด 31% (95%CI= 20, 40) ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช่โรคหัวใจและโรคทางปอด พบ 23% (95%CI= 25, 41)

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในการป้องกันการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ ในประเทศไทย ระหว่างปี 2554-2559

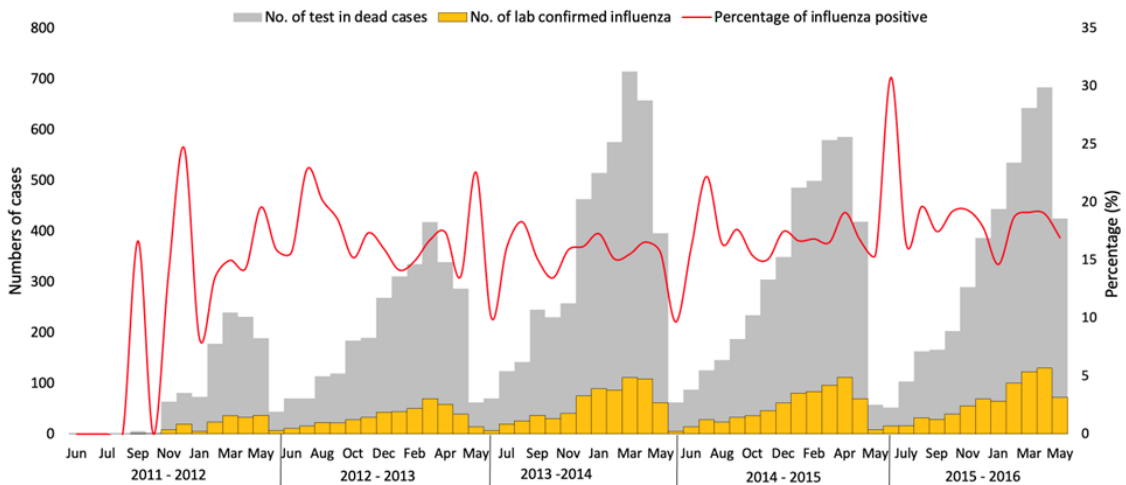
	จำนวนพบเชื้อ จำนวนฉีดวัคซีน/ ยอดทั้งหมด	จำนวนไม่พบเชื้อ จำนวนฉีดวัคซีน/ยอด ทั้งหมด	Unadjusted VE (%) (95% CI)	Adjusted VE ^a (%) (95% CI)
เชื้อไข้หวัดใหญ่	779/2,768 (28%)	4,959/13,721 (36%)	31(24, 37)	32(26,38)
Influenza A	527/1,887 (28%)	4,959/13,721 (36%)	32(24, 38)	32(25,39)
A/H1N1(pdm2009)	114/342 (33%)	4,959/13,721 (36%)	12(-11,30)	8(-17,27)
A/H3N2	413/1,545 (27%)	4,959/13,721 (36%)	35(27,43)	38(30,45)
Influenza B	252/881 (29%)	4,959/13,721 (36%)	29(18,39)	30(19,40)
ฤดูกาลที่เก็บตัวอย่าง				
2554-2555	39/ 117 (33%)	271/ 660 (41%)	28(-9,53)	30(-8,55)
2555-2556	119/446 (27%)	851/2,300 (37%)	38(22,51)	40(25,53)
2556-2257	202/693 (29%)	1,347/3,643 (37%)	30(16,41)	29(15,41)
2557-2558	180/691(26%)	1,181/3,376 (35%)	34(21,46)	35(27,46)
2558-2559	239/821 (29%)	1,309/3,742 (35%)	24(10,35)	30(17,41)
สาเหตุการเสียชีวิต				
ภาวะทางโรคหัวใจและปอด	304/1,120 (27%)	1,889/5,488 (34%)	29(18,38)	31(20,40)
ไม่ใช่ภาวะทางโรคหัวใจและปอด	474/1,647 (29%)	3,069/8,232 (37%)	32(24,39)	23(25,41)

^a ปรับอัตราของประสิทธิภาพของวัคซีน ตัวแปร อายุ เพศ โรคประจำตัว จำนวนครั้งไปโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา จำนวนครั้งที่เกิดอาการกำเริบในปีที่ผ่านมา อัตราการเกิดไข้หวัดใหญ่ในแต่ละฤดูกาล (ยกเว้นตอนคำนวณหาประสิทธิภาพของวัคซีนตามฤดูกาล)

VE (Vaccine effectiveness) = (1 – Odd ratio)*100 %, CI = confidence interval.

เมื่อพิจารณาจำแนกการกระจายของการเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD ตามรายเดือน (ภาพที่ 2) พบว่า จำนวนการเสียชีวิตพบมากในช่วงปลาย

ฤดูฝนเดือนพฤศจิกายนไปจนถึงหน้าร้อนเดือนพฤษภาคม ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ กันทั้ง 5 ฤดูกาล ในระหว่างปี 2554-2559



ภาพที่ 2 แสดงการเสียชีวิตของผู้ป่วย COPD จากทุกสาเหตุและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันติดเชื้อไวรัสหวัดใหญ่ ในประเทศไทย ระหว่างปี 2554-2559 จำแนกตามรายเดือน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาประสิทธิภาพของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ด้วยรูปแบบ TND จากข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ของประเทศไทยเป็นครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วย COPD ที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่โดยรวมแล้ว 32 % สามารถลดการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันติดเชื้อไวรัสหวัดใหญ่ โดยพบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับสายพันธุ์ A/H3N2 และสายพันธุ์ B อย่างไรก็ตามในฤดูกาล 2554-2555 ประสิทธิภาพของการป้องกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากจำนวนตัวอย่างน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับปีอื่นๆ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย COPD ที่สาเหตุการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและปอด วัคซีนไข้หวัดใหญ่มีประสิทธิภาพในการป้องกันมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เสียชีวิตจากจากกลุ่มโรคหัวใจและปอด

ผลการศึกษาด้วยรูปแบบ TND ต่อการลดลงของการเสียชีวิตทุกสาเหตุและมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันติดเชื้อไวรัสหวัดใหญ่นั้นยังไม่มีรายงาน^(19,20) แต่มีรายงานการศึกษาจาก

ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ในประเทศอังกฤษ ปี 2552 ในระหว่างฤดูกาล 2531-2549 พบว่าวัคซีนไข้หวัดใหญ่ป้องกันการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ 41% และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคในระบบทางเดินหายใจได้ 37%⁽²¹⁾ การศึกษาในประเทศไต้หวันในปี 2544 ด้วยรูปแบบ Retrospective population-based cohort study ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าวัคซีนไข้หวัดใหญ่ป้องกันการเสียชีวิตด้วย COPD ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 55% และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ 53%⁽²²⁾ ต่อมา มีรายงานในประเทศสเปน ปี 2551 พบว่าระหว่างฤดูกาล 2545-2548 วัคซีนไข้หวัดใหญ่ป้องกันการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ 24%⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามรายงานประสิทธิภาพที่กล่าวมาไม่มีการยืนยันว่าสาเหตุการเสียชีวิตนั้นมีการตรวจหาเชื้อไวรัสหวัดใหญ่ การเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการป้องกันการเสียชีวิตกับการศึกษาครั้งนี้ อาจต้องพิจารณาด้วยความระมัดระวัง นอกจากนั้นยังต้องระมัดระวังเรื่องนิยามที่ใช้การวินิจฉัย COPD ที่อาจไม่เหมือนกัน รวมทั้งการนิยาม

ระดับความรุนแรงของโรคด้วย^(17,20) รวมทั้งสายพันธุ์ของไข้หวัดใหญ่ในแต่ละฤดูกาลว่าตรงกับสายพันธุ์ที่อยู่ในวัคซีนหรือไม่ ข้อมูลจากศูนย์ไข้หวัดใหญ่แห่งชาติ พบว่า เชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H3N2) มากที่สุดในปี พ.ศ. 2554 และ 2556 ส่วนสายพันธุ์ไข้หวัดใหญ่ พบมากในปี พ.ศ. 2555 วัคซีนตรงกับสายพันธุ์ไข้หวัดใหญ่ A (H3N2) เท่ากับ 86.36%, 0% และ 100% ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 ตามลำดับ ทำนองเดียวกันวัคซีนตรงกับไข้หวัดใหญ่ชนิด B ในช่วงเวลาเดียวกันคิดเป็น 83.7%, 26.3% และ 15.4% ตามลำดับ ขณะที่วัคซีนตรงกับไข้หวัดใหญ่ A (H1N1) 100% ทั้งสามปี⁽¹⁷⁾ เมื่อพิจารณาประสิทธิผลของวัคซีนในการศึกษานี้ ภาพรวมไม่พบค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับสายพันธุ์ A (H1N1) แต่พบแนวโน้มที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการเสียชีวิต (VE=8; 95%CI -17,27) เมื่อเปรียบเทียบกับสายพันธุ์ A (H3N2) และ B ที่มีจำนวนมากกว่า 2-4 เท่า อาจทำให้ขนาดของตัวอย่างเพียงพอที่จะใช้ในการคำนวณหาประสิทธิผลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการพิจารณาค่าประสิทธิผลของวัคซีนในกลุ่มผู้ป่วย COPD ต้องคำนึงถึงตัวแปรกวนอื่นๆ ให้รอบคอบด้วย

ช่วงที่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สูง หากมีการควบคุมตัวแปรกวน (Confounder) ค่าประสิทธิผลของวัคซีนควรเป็นบวก และไม่ควรมีผลกระทบต่อประสิทธิผลของวัคซีนในช่วงที่มีการระบาดต่ำ อย่างไรก็ตาม ไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดตลอดทั้งปี⁽²⁴⁾ ดังนั้นประมาณการได้ว่าประสิทธิผลของวัคซีนมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยจากกรณีพบการระบาดของไข้หวัดใหญ่ต่ำ⁽¹⁷⁾ การศึกษานี้ได้ควบคุมตัวแปรการระบาดของไข้หวัดใหญ่เป็นระดับสูงกับตัวแปรจากการอ้างอิงข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่

แห่งชาติ ทำให้ค่าประสิทธิผลของวัคซีนมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น แต่การศึกษานี้อาจมีความผิดพลาดหลงเหลืออยู่ เนื่องจากไม่มีข้อมูลบางประการที่อาจมีผลต่อประสิทธิผลของวัคซีน เช่น ภาวะเปราะบาง (Fragility) ดัชนีมวลกาย ประวัติหายใจลำบาก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 70 ปี และ 83% ของผู้ป่วย COPD มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป การดูแลสุขภาพและเข้าถึงบริการสุขภาพอาจมีผลกระทบจากภาวะเปราะบางได้ และอาจมีผลต่อการประมาณการค่าประสิทธิผลของวัคซีน⁽²⁵⁾ รูปแบบการคำนวณค่าประสิทธิผลของวัคซีนด้วย TND ที่ใช้ในการศึกษานี้ อาจช่วยลดอคติที่อาจหลงเหลืออยู่จากอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ที่เกิดจากพฤติกรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้⁽¹⁶⁾ นอกจากนั้นอาจมีความผิดพลาดในการจัดประเภทความรุนแรงของ COPD ไม่ถูกต้อง เนื่องจากไม่มีการวัดค่า FEV1 (Forced Expiratory Volume in one second) หรือปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วในวินาทีที่ 1 ซึ่งค่า FEV1 จะถูกนำมาใช้ในการตรวจสอบสมรรถภาพปอด⁽¹⁷⁾ แม้ว่าการตรวจด้วยสไปโรมิเตอร์เพื่อหาค่า FEV1 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงของการกำเริบ (exacerbation) และการเสียชีวิต FEV1 ยังไม่มีความแม่นยำเพียงพอที่จะทำนายอาการกำเริบหรือการเสียชีวิตในคลินิก⁽²⁶⁾ มีรายงานว่า การมีประวัติเกิดอาการกำเริบอาจเป็นตัวทำนายที่ดีกว่าสำหรับความเสี่ยงของการอาการกำเริบและการเสียชีวิต⁽²⁷⁾ ดังนั้นการใช้การเกิดอาการกำเริบสองครั้งขึ้นไปต่อปี น่าจะสามารถอธิบายประสิทธิผลวัคซีนไข้หวัดใหญ่ได้ดีกว่า

เมื่อพิจารณาจำนวนการเสียชีวิตตามฤดูกาลในการศึกษานี้ พบว่า การเสียชีวิตพบมากช่วง

ปลายฤดูฝนไปจนถึงฤดูร้อน คือ ตั้งแต่ปลายเดือนกันยายนไปจนถึงเดือนพฤษภาคม ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นไปได้ว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับระดับของภูมิคุ้มกันที่ป้องกันโรคได้ (Seroprotection) หลังได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ต้องใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ร่างกายถึงจะสร้างภูมิคุ้มกันในระดับที่ป้องกันโรคได้⁽²³⁾ ประเทศไทยจะเริ่มให้วัคซีนไขหวัดใหญ่ประมาณเดือนพฤษภาคมไปจนถึงประมาณเดือนธันวาคม ซึ่งนับเป็นเดือนที่หกลหลังฉีดวัคซีนไปแล้วอาจเกิดการลดระดับของภูมิคุ้มกันได้

การค้นพบจากการศึกษานี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย TND แสดงให้เห็นว่าการฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่มีผลในการลดลงของการเสียชีวิตจากสาเหตุทั้งหมดที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าติดเชื้อไขหวัดใหญ่ในระดับปานกลาง

ข้อจำกัด

1. การศึกษานี้ไม่ได้คุมตัวแปร ภาวะเปราะบาง (Fragility) ดัชนีมวลกาย ประวัติหายใจลำบาก การฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม ระดับการศึกษา และอาชีพ

2. อาสาสมัครส่วนใหญ่ 80% เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ประสิทธิภาพของวัคซีนที่ประมาณการได้อาจเป็นภาพนำเสนอของผู้ป่วย COPD กลุ่มอายุนี้นั้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ทำให้เห็นประโยชน์ของการวิเคราะห์ประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ด้วยวิธี TND ดังนั้นควรมีการคำนวณหาค่าประสิทธิผลของวัคซีนเป็นประจำทุกปี เพื่อติดตามผลของวัคซีน และนำผลไปใช้วางแผนการให้วัคซีน โดยเฉพาะในช่วงที่วัคซีนไม่เพียงพอ อาจจำเป็น

ต้องให้วัคซีนในผู้ป่วย COPD ที่มีความรุนแรงของโรคในระดับมากหรือผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วมอื่นๆ นอกจากนั้นแล้วควรมีการดำเนินการเพิ่มความครอบคลุมการให้วัคซีนไขหวัดใหญ่ในผู้ป่วย COPD ด้วย ข้อมูลจากการศึกษานี้ พบความครอบคลุมเพียง 35% เท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดให้มีฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ในครั้งนี้ และขอขอบคุณ ดร.นพ. ไสภณ เอี่ยมศิริถาวร รองอธิบดีกรมควบคุมโรคที่สนับสนุนให้เกิดการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Luliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, et al. Global Seasonal Influenza-associated Mortality Collaborator Network. Estimates of global seasonal influenza associated respiratory mortality: a modelling study. *Lancet* 2018; 391:1285-300.
2. Matias G, Taylor R, Haguinet F, Schuck-Paim C, Lustig R, Shinde V. Estimates of hospitalization attributable to influenza and RSV in the US during 1997–2009, by age and risk status. *BMC Public Health* 2017; 17:271.
3. Belongia EA, Simpson MD, King JP, Sundaram ME, Kelley NS, Osterholm, et al. Variable influenza vaccine effectiveness by subtype: a systematic review and meta-analysis of test-negative design studies. *Lancet Infect Dis* 2016; 16:942-51.

4. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Key Facts [Internet]. [cited 2019 June 15]. Available from: [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chronic-obstructivepulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chronic-obstructivepulmonary-disease-(copd))
5. Kopsaftis Z, Wood-Baker R, Poole P. Influenza vaccine for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018; 6:1-59.
6. Darvishian M, van den Heuvel ER, Bissielo A, Castilla J, Cohen C, Englund H, et al. Effectiveness of seasonal influenza vaccination in community-dwelling elderly people: an individual participant data meta-analysis of test-negative design case-control studies. *Lancet Respir Med* 2017; 5:200-11.
7. Rondy M, El Omeiri N, Thompson MG, Levêque A, Moren A, Sullivan SG. Effectiveness of influenza vaccines in preventing severe influenza illness among adults: a systematic review and meta-analysis of test-negative design case-control studies. *J Infect* 2017; 75:381-94.
8. Simonsen L, Taylor RJ, Viboud C, Miller MA, Jackson LA. Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy. *Lancet Infect Dis* 2007; 7:658-66.
9. Verhees RAF, Dondorp W, Thijs C, Dinant GJ, Knottnerus JA. Influenza vaccination in the elderly: is a trial on mortality ethically acceptable. *Vaccine* 2018; 36:2991-7.
10. Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantonj C, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 2:CD004876.
11. Owusu JT, Prapasiri P, Ditsungnoen D, Leetongin G, Yoocharoen P, Rattanayot J, et al. Seasonal influenza vaccine coverage among high-risk populations in Thailand, 2010-2012. *Vaccine* 2015; 33(5):742-47.
12. Sullivan SG, Feng S, Cowling BJ. Potential of the test-negative design for measuring influenza vaccine effectiveness: a systematic review. *Expert Rev Vaccines* 2014; 13:1571-91.
13. Jackson ML, Nelson JC. The test-negative design for estimating influenza vaccine effectiveness. *Vaccine* 2013; 31:2165-8.
14. Casado I, Domínguez Á, Toledo D, Chamorro J, Astray J, Egurrola M, et al. Project PI12/02079 Working Group. Repeated influenza vaccination for preventing severe and fatal influenza infection in older adults: a multicentre case-control study. *CMAJ* 2018; 190: E3-E12.

15. Nichols MK, Andrew MK, Hatchette TF, Ambrose A, Boivin G, Bowie W, et al. Influenza vaccine effectiveness to prevent influenza-related hospitalizations and serious outcomes in Canadian adults over the 2011/12 through 2013/14 influenza seasons: a pooled analysis from the Canadian Immunization Research Network (CIRN) Serious Outcomes Surveillance (SOS Network). *Vaccine* 2018; 36:2166-75.
16. Chung H, Buchan SA, Campigotto A, Campitelli MA, Crowcroft NS, Dubey V, et al. Influenza Vaccine Effectiveness Against All-Cause Mortality Following Laboratory-Confirmed Influenza in Older Adults, 2010-2011 to 2015-2016 Seasons in Ontario, Canada. *Clin Infect Dis.* 2021; 73(5):e1191-e1199.
17. Prasert K, Patumanond J, Rattanayot J, Thungthong J, Shrestha M, Chawalchitiporn S, et al. Seasonal influenza vaccine effectiveness among individuals with COPD in Thailand: a retrospective national cohort study of 2011-2013 influenza seasons. *Journal of Public Health and Development* 2021; 19(2):180-200.
18. Praphasiri P, Shrestha M, Patumanond J, Nakphook S, Chawalchitiporn S, Ditsungnoen D, et al. Underlying cardiopulmonary conditions as a risk factor for influenza and respiratory syncytial virus infection among community-dwelling adults aged ≥ 65 years in Thailand: Findings from a two-year perspective cohort study. *Influenza Other Respir Viruses* 2021; 15(5):634-40.
19. Bekkat-Berkani R, Wilkinson T, Buchy P, Dos Santos G, Stefanidis D, Devaster JM, et al. Seasonal influenza vaccination in patients with COPD: a systematic literature review. *BMC Pulm Med* 2017; 17(1):79.
20. Bao W, Li Y, Wang T, Li X, He J, Wang Y, et al. Effects of influenza vaccination on clinical outcomes of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2021; 68:101337.
21. Schembri S, Morant S, Winter JH, MacDonald TM. Influenza but not pneumococcal vaccination protects against all-cause mortality in patients with COPD. *Thorax* 2009; 64:567-72.
22. Wang CS, Wang ST, Lai CT, Lin LJ, Chou P. Impact of influenza vaccination on major cause-specific mortality. *Vaccine* 2007; 25:1196-203.
23. Vila-Córcoles A, Ochoa O, de Diego C, Valdivieso A, Herreros I, Bobé F, et al. Effects of annual influenza vaccination on winter mortality in elderly people with chronic pulmonary disease. *Int J Clin Pract* 2008; 62:10-7.

24. Chittaganpitch M, Supawat K, Olsen SJ, Waicharoen S, Patthamadilok S, Yingyong T, et al. Influenza viruses in Thailand: 7 years of sentinel surveillance data, 2004–2010. *Influenza Other Respir Viruses* 2012; 6:276-83.
25. Prasert K, Patumanond J, Praphasiri P, Siriluk S, Ditsungnoen D, Chittaganpitch M, et al. Effectiveness of trivalent inactivated influenza vaccine among community-dwelling older adults in Thailand: A two-year prospective cohort study. *Vaccine* 2019; 37: 783-91.
26. Soriano JB, Lamprecht B, Ramírez AS, Martinez-Cambor P, Kaiser B, Alfageme I, et al. Mortality prediction in chronic obstructive pulmonary disease comparing the GOLD 2007 and 2011 staging systems: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Respir Med* 2015; 3(6):443-50.
27. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2010; 363(12): 1128-38.

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้
ตำบลหนองหล่ม จังหวัดลำปาง

Knowledge, Attitude and Behavior in Risk Management of falls Among
the Elderly in the Responsible Area of Ban Pa Krai Health Promotion
Hospital, Nong Lom Subdistrict, Lampang Province

ชัชฎาภรณ์ พิศมร^{1*}, จันทกานต์ อุ่นถิ่น¹, ดวงฤทัย เชียงแขก¹, ทองสาย ใจคำ²

Chatchadaporn Pissamorn^{1*}, Chanthakan Aunthin¹, Duangruethai Chiangkaek¹, Thongsai jaicom²

¹คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้

¹Faculty of Science Lampang Rajabhat University

²Ban Pa Krai Health Promotion Hospital

*Correspondence to: chatchada_pis@outlook.com

Received: Oct 19, 2023 | Revised: Dec 8, 2023 | Accepted: Dec 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้ม ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ จำนวน 103 คน โดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์แบบเชิงอนุมาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.020 อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.177 ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.309 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.646 จากการศึกษาผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง แต่ยังคงมีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาจัดทำแนวทางประยุกต์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และวางแผนแก้ไขปัญหาป้องกัน และลดความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research was aimed to study the level of knowledge, attitude and risk management behavior of the elderly in falls and to study the relationship between knowledge, attitude and risk management behavior of the elderly in falls. The sample were 103 elderly people at risk of falling in the responsible area of Ban Pa Khrai Sub-district Health Promoting Hospital by purposive sampling. The data was analyzed by descriptive statistic and Spearman's rank correlation coefficient. It was found that gender was significantly positively associated with fall risk management behavior in the elderly with a correlation coefficient of 0.020, age was positively correlated with fall risk management behavior in the elderly with a correlation coefficient of 0.177. Knowledge was positively correlated with risk management behavior with a correlation coefficient of 0.309, there was a statistically significant level of 0.01 and attitude had a significant positive correlation with behavior in managing the risk of falling in the elderly a correlation coefficient of 0.646 with statistically significant at the 0.01 level. From the study, the elderly have knowledge, attitude, and behavior in managing the risk of falls among the elderly. Most were at a high level but they were still a risk of falls. Therefore, relevant agencies should use the information obtained from research to develop guidelines for applying activities to promote the health of the elderly and plan to solve problems, prevent and reduce the risk of falls in the elderly to maintain good health.

Keywords: knowledge, attitude, behavior, risk of falls, elderly people

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หลังจากเมื่อ พ.ศ. 2563 นับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2563 มีประชากรทั้งหมด 12,000,000 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด และข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 มีประชากรทั้งหมด 12,071,837 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ของประชากรทั้งหมด โดยประชากรผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2565 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน เพศชายจำนวน 5,339,610 คน เพศหญิงจำนวน 6,776,589 คน คิดเป็น

ร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง ช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3,522,778 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁽¹⁾ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุ การมีอายุยืนยาวขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทุกด้านในทางที่เสื่อมถอยลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหามากมาย โดยเฉพาะปัญหาด้าน

สุขภาพ เช่น ปัญหาด้านสายตา ปัญหาการทรงตัว ปัญหาข้อเข่าเสื่อม และปัญหาสุขภาพที่บ้านทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและอาจนำไปสู่ความพิการได้ คือ การหกล้ม การหกล้มในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเข้าโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียความสามารถ ขาดความมั่นใจในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดความกังวล ภาวะซึมเศร้า กลัวการหกล้มซ้ำและมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น⁽²⁾

ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พ.ศ. 2565 มีประชากรทั้งหมด 191,677 คน เพศชายจำนวน 87,730 คน คิดเป็นร้อยละ 45.77 เพศหญิงจำนวน 103,947 คน คิดเป็นร้อยละ 54.23 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁽¹⁾ ประชากรกลุ่มวัยแรงงานมีอาชีพทำนา รับจ้าง ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม และไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง ส่งผลทำให้มีความเสี่ยงและไม่มีความรู้ด้านการพลัดตกหกล้มจึงทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องโดยสาเหตุความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจาก พื้นลื่น เปียก การมองเห็นไม่ชัด การทรงตัว พื้นแฉะ มีน้ำหกบนไถ่ไม่มีราวจับ ข้าวของไม่เป็นระเบียบ ห้องน้ำเป็นแบบนั่งยองๆ ไม่มีราวจับ ขาดการออกกำลังกาย พื้นและบันไดลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวจับบริเวณราวบันได โรคประจำตัว การไ้ยา การบาดเจ็บหลังการพลัดตกหกล้มมี การบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง มีแผล ฟกช้ำ ถลอก มีภาวะกระดูกหัก ได้แก่ กระดูกข้อมือ แขน และสะโพก จนถึงการบาดเจ็บของศีรษะและ อาจทำให้เสียชีวิตได้ เป็นสาเหตุของความพิการเรื้อรัง ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสภาพจิตใจผู้ที่พลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดความกลัวการหกล้มซ้ำ เกิดความ

วิตกกังวล ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดูแลและส่งผลถึงรายได้ การเงินของการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุครอบครัว⁽³⁾

จากข้อมูลในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ตำบลหนองห่ม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดลำปาง การคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 822 คน ซึ่งผลคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม 131 คน⁽⁴⁾ ผู้สูงอายุในชุมชนแต่ละหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม โดยแบ่งได้ ดังนี้ หมู่ที่ 1 บ้านป่าไคร้ใต้ มีความเสี่ยง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 27.48 หมู่ที่ 2 บ้านล้อง มีความเสี่ยง 32 คน คิดเป็นร้อยละ 24.42 หมู่ที่ 3 บ้านหลังก้าน มีความเสี่ยง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 27.48 และหมู่ที่ 9 บ้านป่าไคร้เหนือ มีความเสี่ยง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 20.61 ดังนั้นผู้วิจัยมีความประสงค์ศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาจัดทำแนวทางประยุกต์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และวางแผนแก้ไขปัญห ป้องกัน และลดความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพดีสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) อาศัยการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ได้แก่ หมู่ 1 บ้านป่าไคร้ใต้, หมู่ 2 บ้านล้อง, หมู่ 3 บ้านหลังก้าน และหมู่ 9 บ้านป่าไคร้เหนือ จำนวนทั้งหมด 131 คน มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan⁽⁵⁾ (เมื่อความเชื่อถือได้ของการเลือกตัวอย่าง = 95%) ได้จำนวน 98 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ของข้อมูล

$$n = \frac{x^2 Np(1 - p)}{e^2(N-1) + x^2 p(1 - p)}$$

$$\begin{aligned} \text{แทน } n &= \frac{3.841 (131 \times 0.5) (1 - 0.5)}{(0.05)^2 (131 - 1) + 3.841 (0.5) (1 - 0.5)} \\ &= \frac{125.79275}{1.28525} \\ &= 98 \text{ คน} \end{aligned}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย จำนวน 103 คน มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีความไม่สะดวก ไม่สบาย หรือรู้สึกว้าวุ่นได้รับความกระทบทางจิตใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ทำการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม ลักษณะบ้าน ที่อยู่อาศัย การพักอาศัย พื้นต่างระดับภายใน

บ้านที่อยู่อาศัย แสงสว่างภายในบ้านที่อยู่อาศัย จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการถ้าตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ระดับของความรู้ประยุกต์ตามแนวคิดของ Bloom⁽⁶⁾ ระดับคะแนน 8-10 คะแนน มีความรู้ระดับสูง ระดับคะแนน 4-7 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง ระดับคะแนน 1-3 คะแนน มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ระดับของทัศนคติ

1-17 คะแนน ระดับต่ำ 18-34 คะแนน ระดับปานกลาง 35-50 คะแนน ระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์ระดับของพฤติกรรมมีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1-8 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ 9-18 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง 19-25 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การให้คะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho) (Hinkle D.E.)⁽⁷⁾

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.90 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
0.70 – 0.90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
0.50 – 0.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
0.30 – 0.50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0.00 – 0.30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ทำการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของเครื่องมือวิจัย (Reliability) พบว่า ด้านความรู้ มีค่าเท่ากับ 0.631 ด้านทัศนคติ มีค่าเท่ากับ 0.800 และด้านพฤติกรรม มีค่าเท่ากับ 0.774 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ต่างบ้าน การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (การตรวจสอบค่า Cronbach's alpha) พบว่า ด้านความรู้

มีค่าเท่ากับ 0.655 ส่วนที่ 3 ทัศนคติ มีค่าเท่ากับ 0.766 ส่วนที่ 4 พฤติกรรม มีค่าเท่ากับ 0.788

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย สำรวจพื้นที่ และลงเก็บข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง และให้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง หากมีกลุ่มตัวอย่างท่านใดอ่านไม่ออก หรือเขียนไม่ได้ผู้วิจัยจะเป็นคนอ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้เลือกคำตอบ หลังจากเก็บข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอ้างอิง (Analytic Statistic) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho)

มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการภายหลังจากที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2565-067 วันที่รับรอง 19 มิถุนายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการปกป้องความลับ และการลงนามในหนังสือยินยอม เข้าร่วมการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ และเอกสารจะถูกทำลายหลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.3 อยู่ช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 54.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.8 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.3 ประกอบอาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 28.1 ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.1 เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.3 ด้านประวัติการหกล้ม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 53.4 รองลงมาผู้สูงอายุเคยหกล้ม ร้อยละ 46.6 ปัจจัยด้านเคยหกล้มจากสาเหตุ ส่วนใหญ่สะดุด ร้อยละ 19.4 รองลงมา คือ ลื่น ร้อยละ 17.5 ตามลำดับ ปัจจัยด้านลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านชั้นเดียว ร้อยละ 68 อยู่กับครอบครัว จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 97.1 มีพื้นที่ต่างระดับภายในบ้าน ร้อยละ 55.3 แสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ ร้อยละ 93.2 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไป ด้านเพศ อายุ กับพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุใน

ระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.020 ด้านอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.177

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 85.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.6 ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อ 2 การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญหรือพบบ่อยในผู้สูงอายุ ถูก ร้อยละ 98.1 รองลงมาข้อ 10 ห้องนอนผู้สูงอายุควรอยู่ใกล้ห้องน้ำ ถูกร้อยละ 98.1 ตอบข้อคำถามข้อ 4 ผู้สูงอายุควรเลือกใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีกับตัว ไม่ใหญ่ ไม่ยาวจนเกินไป ถูกร้อยละ 96.1 ตอบข้อคำถามข้อ 6 การที่มีแสงสว่างน้อยหรือไม่เพียงพอส่งผลต่อการมองเห็นของผู้สูงอายุ ถูกร้อยละ 94.2 และตอบข้อคำถามข้อ 3 พื้นห้องน้ำควรไม่ลื่น มีราวจับ และมีวัสดุกันลื่นบริเวณพื้นที่อาบน้ำและพื้นเรียบ ถูกร้อยละ 93.2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อและภาพรวม (n=103 คน)

ข้อ	ความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	ตอบถูก		ระดับ
		จำนวน	ร้อยละ	
1	การจัดวางสิ่งของในบ้าน มีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	87	84.5	สูง
2	การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญหรือพบบ่อยในผู้สูงอายุ	101	98.1	สูง
3	พื้นห้องน้ำควรไม่ลื่น มีราวจับ และมีวัสดุกันลื่นบริเวณพื้นที่อาบน้ำและพื้นเรียบ	96	93.2	สูง
4	ผู้สูงอายุควรเลือกใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดพอดีกับตัว ไม่ใหญ่ ไม่ยาวจนเกินไป	99	96.1	สูง
5	การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านสองชั้น เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้	89	86.4	สูง

ข้อ	ความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	ตอบถูก		ระดับความรู้
		จำนวน	ร้อยละ	
6	การที่มีแสงสว่างน้อยหรือไม่เพียงพอส่งผลต่อการมองเห็นของผู้สูงอายุ	97	94.2	สูง
7	ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการมองเห็นบกพร่อง เช่น สายตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดเจน เป็นโรคต้อกระจก/ต้อหิน มีโอกาสพลัดตกหกล้มได้ง่าย	85	82.5	สูง
8	อุปกรณ์ที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มได้ เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน ล้อเข็น	84	81.6	สูง
9	บ้านที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดจะช่วยป้องกันการหกล้มได้	86	83.5	สูง
10	ห้องนอนผู้สูงอายุควรอยู่ใกล้ห้องน้ำ	101	98.1	สูง
ภาพรวมระดับความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ				
1 – 3 (มีความรู้ระดับต่ำ)		0	0.0	ต่ำ
4 – 7 (มีความรู้ระดับปานกลาง)		15	14.6	ปานกลาง
8 – 10 (มีความรู้ระดับสูง)		88	85.4	สูง
Min = 1, Max = 10, Mean= 8.98, S.D.= 1.434				

ส่วนที่ 3 ทักษะในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะระดับสูง ร้อยละ 92.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.8 ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับ

ผู้สูงอายุ รองลงมาร้อยละ 59.2 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้น และร้อยละ 47.6 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละระดับทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อและภาพรวม (n=103 คน)

ข้อ	ทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ท่านคิดว่าการออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้	38(36.9)	48(46.6)	10(9.7)	7(6.8)	0(0.0)
2	ท่านคิดว่าการเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม จะช่วยชะลอความเสื่อมของกระดูกและข้อได้	32(31.1)	40(38.8)	22(21.4)	7(6.8)	2(1.9)

ข้อ	ทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3	ท่านคิดว่าการตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ จะทำให้มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้น	61(59.2)	42(40.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
4	ท่านคิดว่าสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม	34(33.0)	58(56.3)	10(9.7)	1(1.0)	0(0.0)
5	ท่านคิดว่าการรับประทานยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้ม	15(14.6)	28(27.2)	47(45.6)	6(5.8)	7(6.8)
6	ท่านคิดว่าการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ	49(47.6)	48(46.6)	6(5.8)	0(0.0)	0(0.0)
7	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มจะมี ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มซ้ำเพิ่มมากขึ้น	39(37.9)	51(49.5)	11(10.7)	2(1.9)	0(0.0)
8	ท่านคิดว่าการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ	62(60.2)	40(38.8)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)
9	การพลัดตกหกล้ม เป็นเรื่องของโชคชะตา ซึ่งไม่สามารถป้องกันได้	35(34.0)	31(30.1)	24(23.3)	3(2.9)	10(9.7)
10	ท่านรู้สึกว่าการครอบครัหรือชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม	47(45.6)	34(33.0)	15(14.6)	6(5.8)	1(1.0)

ภาพรวมระดับทัศนคติทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับทัศนคติ
10 - 22 คะแนน (มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ)	0	0.0	ต่ำ
23 - 35 คะแนน (มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง)	8	7.8	ปานกลาง
36 - 50 คะแนน (มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง)	95	92.2	สูง
Min = 10, Max = 50, Mean = 41.35, S.D. = 5.02			

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับสูง ร้อยละ 91.2 ระดับปานกลางร้อยละ 8.8 ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.6 เปิดไฟให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอทุกครั้งเมื่อเข้าห้องน้ำ ห้องครัว หรือบริเวณภายในบ้าน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.1 เลือก

สวมรองเท้าที่พอดีเท้า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.1
สวมเสื้อที่มีความพอดี ไม่รัดหรือหลวมจนเกินไป

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.1 มีการจัดของใช้ให้เป็น
ระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ
ผู้สูงอายุ จำแนกรายชื่อและภาพรวม (n=103 คน)

ข้อ	พฤติกรรมการจัดการความเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้ม	จำนวน (ร้อยละ)				
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
1	ท่านออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำ ไทเก็ก เดินเร็ว วันละ 20- 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	27(26.2)	31(30.1)	20(19.4)	24(23.3)	1(1.0)
2	ท่านสวมรองเท้าผ้าใบขณะออกกำลังกาย	45(43.7)	27(26.2)	18(17.5)	12(11.7)	1(1.0)
3	ท่านเลือกสวมรองเท้าที่พอดีเท้า	66(64.1)	34(33.0)	3(2.9)	0(0.0)	0(0.0)
4	ท่านสวมเสื้อที่มีความพอดี ไม่รัดหรือหลวมจน เกินไป	65(63.1)	37(35.9)	0(0.0)	1(1.0)	0(0.0)
5	ท่านดูแลพื้นบ้านไม่ให้เปียก ลื่นหรือเช็ดถูให้ แห้งเมื่อพื้นเปียกน้ำ	62(60.2)	34(35.9)	4(3.9)	0(0.0)	0(0.0)
6	ท่านเดินเกาะราวหรือใช้ไม้เท้า เมื่อต้องเดินบน พื้นลาดหรือต่างระดับ หรือในการใช้ห้องน้ำ	57(55.3)	24(23.3)	5(4.9)	2(1.9)	15(14.6)
7	ท่านหลีกเลี่ยงการใช้บันไดที่ชัน เพื่อป้องกัน การหกล้ม	63(61.2)	23(22.3)	3(2.9)	2(1.9)	12(11.7)
8	ท่านมีการจัดของใช้ให้เป็นระเบียบ ไม่กีดขวาง ทางเดิน	65(63.1)	33(32.0)	3(2.9)	1(1.0)	1(1.0)
9	ท่านค่อยๆ ปรับเปลี่ยนท่าขณะนั่ง ลูกยืนและเดิน	59(57.3)	29(28.2)	9(8.7)	2(1.9)	4(3.9)
10	ท่านเปิดไฟให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอทุกครั้ง เมื่อเข้าห้องน้ำ ห้องครัว หรือบริเวณภายในบ้าน	82(79.6)	21(20.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ภาพรวมระดับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม		จำนวน		ร้อยละ		ระดับ พฤติกรรม
10 - 22 คะแนน (มีพฤติกรรมระดับต่ำ)		0		0.0		ต่ำ
23 – 35 คะแนน (มีพฤติกรรมระดับปานกลาง)		9		8.8		ปานกลาง
36 - 50 คะแนน (มีพฤติกรรมระดับสูง)		94		91.2		สูง
Min = 10, Max = 50, Mean = 41.35, S.D. = 5.02						

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติ กับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม พบว่า ด้านความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

เท่ากับ 0.31 และด้านทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.646

ตารางที่ 4 แสดงหาความสัมพันธ์ความรู้ และทัศนคติ กับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman's (r_s) พฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	
	(r_s)	P - value
ความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	0.31	0.002
ทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	0.646**	0.000

การแปรผลจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ต่ำกว่า 0.30 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

0.31 – 0.50 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

0.51 -0.70 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

0.71 – 0.90 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

0.91 – 1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

วิจารณ์

การวิจัยเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ช่วง 60-69 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้อในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม สาเหตุการหกล้มส่วนใหญ่เกิดจากสะดุด ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านชั้นเดียว อาศัยอยู่กับครอบครัว มีพื้นที่ต่างระดับภายในบ้าน และมีแสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ ซึ่งจากผลการวิจัยสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ

จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ ศึกษาเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 60-69 ปี ระดับการศึกษา คือ ประถมศึกษา สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีประสบการณ์ในการพลัดตกหกล้ม สาเหตุมาจากการสะดุดสิ่งกีดขวาง⁽⁸⁾

ด้านความรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ

กมลทิพย์ หลักัน ศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหาขุมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.9 รองลงมาคือ การรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 16.9 และการรับระดับต่ำ ร้อยละ 15.3 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในภาพรวมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.3 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 18.5 และระดับสูง ร้อยละ 16.2 ตามลำดับ⁽⁹⁾

ด้านทัศนคติในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ ศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าค่าเฉลี่ยของทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหรือมีคู่สมรส จะมีการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารในด้านสุขภาพ ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นว่าการพลัดตกหกล้มสามารถป้องกันได้⁽⁸⁾

ด้านพฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการปฏิบัติเป็นประจำ มีความรู้ และความเข้าใจในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตก

หกล้มของผู้สูงอายุอย่างดี ส่งผลทำให้พฤติกรรมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิกุล ดินามาส ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุการหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการป้องกันอุบัติเหตุการหกล้ม เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันที่บุคคลต้องกระทำอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว มีการดูแลบ้านให้สะอาด พื้นไม่ลื่น ไม่เปียก และมีราวจับ รวมทั้งความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุการหกล้มสามารถหาได้ง่ายจากบุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ โปสเตอร์ โทรทัศน์ เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง จากการเกิดอุบัติเหตุการหกล้ม ทำให้พฤติกรรมด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการหกล้มมีค่าเฉลี่ยสูงสุด⁽¹⁰⁾

ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิกุล ดินามาส พบว่า พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พฤติกรรมด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน ที่บุคคลต้องกระทำเป็นประจำอยู่แล้ว มีการดูแลบ้านให้สะอาด พื้นไม่เปียกและไม่ลื่น เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสามารถหาได้จากบุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ โปสเตอร์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ทำให้พฤติกรรม

ด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีค่าเฉลี่ยสูงสุด⁽¹⁰⁾

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ พบว่า ค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ซึ่งผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและช่วยลดอัตราการพลัดตกหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง แต่ยังมีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ไปวางแผนแก้ไขปัญหาลดความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่ม

2. หน่วยงานควรจัดให้มีโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1766>
2. ญัฐชยา พวงทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565; 38(1):73-85.
3. เยาวลักษณ์ คุมขวัญ, อภิรติ คำเงิน, อุษณีย์วรรณลัย, นิพร ชัดตา. แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ บริบทของประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561; 28(3):10-21.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้. การคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565. เอกสารอัดสำเนา.
5. ชีรวิทย์ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์; 2544.
6. Bloom BS. Human characteristics and school learning. NewYork: McGraw Hill Book Co; 1976.
7. Hinkle DE, William W, Stephen GJ. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th edition. New York: Houghton Mifflin; 1998.
8. ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, มณูเชษฐ์ มะโนธรรม, วรัญญา มณีรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล. ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(4):132-41.

9. กมลทิพย์ หล้ากมน์. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลท่าชุมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน [การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
10. พิกุล ดินามาส, ภัทรานิษฐ์ จอแง, ทิพย์สุดา เสี่ยงพานิช. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2561; 24(2):73-81.