



แพทย์สารทหารอากาศ

Royal Thai Air Force Medical Gazette

ISSN 2774-0536 (Online)

ปีที่ 71 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

Vol. 71 No.1 January - June 2025

Original Articles (นิพนธ์ต้นฉบับ)

- 1.การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของโอมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารกับการรับรู้ประโยชน์และความต้องการใช้แอปพลิเคชันของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร
กัลยภรณ์ เชยโพธิ์ พย.ม, ณัฐธิดา เดชเกษม พย.ม., อมร เชิงรุ่งโรจน์ ศศ.ม., ชลารัตน์ บัวจินดาชัย ศล.ม.
- 2.บทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
น.ท.หญิง รัตติกาล ศรีงาม พย.บ., ผศ.ดร.สุดาพร สติดยุทธการ ป.ร.ด.
- 3.ผลของการใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” ต่อความรู้เรื่องความเครียดจากการบินในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567
น.ต.หญิง ดวงทิพย์ลดาวัลย์ พย.ม., น.ท.หญิง จิรภิญญา คำรัตน์ พย.ด., นพอ.กชนิภา บุญพลอย
- 4.แนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ
โสพรรณ โททะยะ พย.ด., วิไลวรรณ ทองเจริญ ค.ด.

Review Articles (บทความพินพิวิชาการ)

- 5.ยาลดไขมันในเลือดชนิดฉีดกับประโยชน์ด้านสาธารณสุข
น.ต.นที ทลิกข์ งาม.
- 6.การรู้เท่าทันภัยบุหรืไฟฟ้าสำหรับกำลังพลกองทัพอากาศ
น.ต.หญิง วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์ พย.ม., ร.ต.เรวัตติ วัชรสิทธิ์ พย.บ.

Case Report (รายงานผู้ป่วย)

- 7.การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยพยานพระยะโหวาที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกเชิงกรานและเข้าสะโพกหัก: รายงานผู้ป่วย
น.ท.หญิง อลิสร่า คุ่มวงษ์ พบ.



Royal Thai Air Force Medical Gazette

Honour Advisors

AM Chavalit Dungkosintr Directorate of Medical Service

Editor

Gp.Capt. Pongsathorn Gojaseni Directorate of Medical Service

Advisors

AVM Chaiya Chansai Directorate of Medical Service
AVM Nakorn Boonme Directorate of Medical Service
AVM Thumronkprawat Cherdkiadtikul Directorate of Medical Service
AVM Preecha Chaloeiphap Directorate of Medical Service
AVM Nopdanai Chaisomboon Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Watthanasak Permsapaya Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Atima Boonwan Directorate of Medical Service

Manager

Gp.Capt. Pongsathorn Gojaseni Directorate of Medical Service

Ass. Manager

Gp.Capt. Boonchai Sutheesuntornitam Directorate of Medical Service

Editorial Boards

Gp.Capt. Dr.Watcharaporn Paorohit	The Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Service	Wg.Cdr. Abhinant Awaiwanont	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Dr.jirawan Voravibul	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service	Wg.Cdr. Veesiri Skunlatana	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Dr.Khanuengnich Anuroj	Faculty of Liberal Arts and Science, Kasetsart University	Wg.Cdr. Piyaporn Pramuksun	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Col. Dr.Naiyana Wongsaita	Office of the Army Secretary Temporary Duty at The Royal Thai Army Nursing College	Wg.Cdr. Varalee Aphinives	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Prof. Dr.Veena Jirapaet	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University	Wg.Cdr. Dr.La-ongdao Wannarit	The Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Service
Prof. Nares Sukcharoen	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	Cdr. Dr.Kanoklekha Suwannapong	Adult and Gerontological Nursing, Royal Thai Navy Nursing College
Assoc. Prof. Dr.Sageemas Na-Wichian	College of Industrial Technology King Mongkut's University of Technology North Bangkok	Pol.Lt.Col. Dr.Aphisit Tamsat	Police Nurse Students Association
Asst. Prof. Dr.Pennapa Dangdomyouth	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University	Wg.Cdr. Suree Yoowannakul	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Asst. Prof. Dr.Noraluk Ua-Kit	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University	Wg.Cdr. Dr.Jirapinya Khamrath	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Asst. Prof. Dr.Chanokporn Jitpanya	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University	Sqn.Ldr. Nickjaree Songsangvorn	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Dr. Jirawan Inkoom	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University	Sqn.Ldr. Kanokporn Leelartapin	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Setthasiri Pantanakul	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service	Sqn.Ldr. Khanang Thongyaem	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
Wg.Cdr. Nattapol Pattamin	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service	Flt.Lt. Chris Fujitnirun	Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Service
		Asst. Prof. Chutatip Limkunakul	Panyanantaphikkhy Chonprathan Medical Center, Srinakharinwirot University
		Miss Thitipon Supasitthumrong	Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
		Mr. Suphakarn Techapongsatorn	Faculty of Medicine, Vajira Hospital Office, Navamindradhiraj University
		Miss Nisarath Charoensri	Charoenkrung Pracharak Hospital
		Miss Kamolpat Chaiyakittisopon	Silpakorn University

Objective

1. Contribute academic article related to general medicine and scholar medicine related.
2. To be mediated of research report available to the public freely.
3. To exchange idea and knowledge related to science and health related.

Scope

Royal Thai Air Force Medical Gazette is created according to the objectives above. Submission every scholar article must be passed evaluation by experts and editors. The evaluated article for publication must be approved by 2 from 3 experts. The article must be new invention without copy from others.

Address

Office : Technical division, Directorate of Medical Services Phaholyothin Road, Klong Thanon, Saimai, Bangkok, 10220
Tel : 0-2534-4328,
E-mail medicalgazette@gmail.com, www.medicalgazette.rtaf.mi.th
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg>

Cover designed by

Plt.Off Kitissak Boonserm

RTAF Medical Gazette is issued two time a year

The opinions contained in RTAF Medical Gazette are published independently from the government.

แพทยสารทหารอากาศ

ที่ปรึกษาภาคีองค์กร

พล.อ.ท.ชาวลิต ดั่งโกสินทร์ กรมแพทยทหารอากาศ

ที่ปรึกษา

พล.อ.ต.ชัยยา จันทโรไล กรมแพทยทหารอากาศ
พล.อ.ต.นคร บุญมี กรมแพทยทหารอากาศ
พล.อ.ต.ดำรงเกียรติ ประวีติ เชิดเกียรติกุล กรมแพทยทหารอากาศ
พล.อ.ต.ปรีชา เฉลยภาพ กรมแพทยทหารอากาศ
พล.อ.ต.นพดน้อย ชัยสมบุญ กรมแพทยทหารอากาศ
น.อ.วัฒนศักดิ์ เพิ่มทรัพย์ กรมแพทยทหารอากาศ
น.อ.หญิง อาทิตมา บุญวรรณ กรมแพทยทหารอากาศ

บรรณาธิการ

น.อ.พงศธร คชเสนี กรมแพทยทหารอากาศ

ผู้จัดการ

น.อ.พงศธร คชเสนี กรมแพทยทหารอากาศ

ผู้ช่วยผู้จัดการ

น.อ.บุญชัย สุธีสุนทรธรรม กรมแพทยทหารอากาศ

กองบรรณาธิการ

น.อ.หญิง ผศ. ดร.วีชราภรณ์ เปาโรหิต	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทยทหารอากาศ	น.ท.หญิง วราลี	อภินิเวศ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ
น.อ.หญิง จิราวรรณ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ	น.ท.หญิง ดร.ละอองดาว	วรรณฤทัย	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทยทหารอากาศ
น.อ.หญิง ดร.คณินิจ	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	น.ท.หญิง ดร.กนกเลขา	สุวรรณพงษ์ ร.น.	ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
พ.อ.หญิง ดร.นัยนา	ประจำสำนักงานเลขาธิการกองทัพบก	น.ท.หญิง อรวรรณ	ฉ่องต้อ ร.น.	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
ศ. ดร.วีณา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	น.ท.หญิง อรวรรณ	ฉ่องต้อ ร.น.	ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
ศ.นพ.นเรศ	ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ มหาวิทยาลัย	พ.ต.ท. ดร.อภิสิทธิ์	ตามลัดดี	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
รศ. ดร.ศจีมาศ	ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์และสังคม	น.ท.หญิง สุรีย์	อยู่วรรณกุล	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ
	วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	น.ท.หญิง ดร.จิรวิญญา	คำรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทยทหารอากาศ
	ม.เทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ	น.ต.หญิง นิกจรี	สงสัสวรรณ์	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ
ผศ. ดร.เพ็ญภา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	น.ต.หญิง กนกพร	ลีลาเทพินทร์	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ
ผศ. ดร.นรลักษณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	น.ต.หญิง คณางค์	ทองแย้ม	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ
ผศ. ดร.ชนาพร	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ร.อ.คริส	พูนจิตรินทร์	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ
ดร.จิราวรรณ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ	ผศ. พญ.จุฑาธิป	ลิ้มคุณากุล	ศูนย์การแพทย์ปัญญาทันตกรรม ชลประทาน
น.อ.เสขสุลธิ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ	พญ.จิตติพร	ศุภสิทธิ์ธีรารัง	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
น.ท.ณัฐพล	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ			จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
น.ท. อภินันท์	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ	นพ.ศุภาภรณ์	เดชะพงศธร	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
น.ท.หญิง วีรศิริ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ			มหาวิทยาลัยนวมินทราช
น.ท.หญิง ปิยะพร	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ	พญ.นิศาภัรณ์	เจริญศรี	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
		ภก.กมลภัทร	โชยภิตติโสภณ	ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร

วัตถุประสงค์

- เป็นวารสารทางวิชาการของกรมแพทยทหารอากาศ
- เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ กิจกรรมสายแพทย์ทั่วไป และวิชาการที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์
 - เพื่อเป็นสื่อกลางรายงานความก้าวหน้าผลงานด้านวิชาการวิจัย
 - เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิด ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขต

วารสารแพทยสารทหารอากาศ จัดทำขึ้นตามวัตถุประสงค์ข้างต้น โดยส่งในรูปแบบบทความ ซึ่งบทความทุกเรื่องจะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการ ผลการประเมินเห็นชอบให้ตีพิมพ์เพียงน้อย 2 จาก 3 คน โดยบทความจะต้องเป็นผลงานที่ใหม่ และไม่มีการคัดลอกผลงานจากผู้อื่น

สถานที่ติดต่อ

สำนักงาน กองวิทยากร กรมแพทยทหารอากาศ ถนนพหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพฯ 10220
โทรศัพท์ 0-2534-4328
E-mail medicalgazette@gmail.com, www.medicalgazette.rtaf.mi.th
https://www.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg

ออกแบบปก

ร.ต.กิตติศักดิ์ บุญเสริม

แพทยสารทหารอากาศ กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ
ความคิดเห็นที่ปรากฏในแพทยสารทหารอากาศฉบับนี้ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนราชการใด ๆ ทั้งสิ้น

Royal Thai Air Force Medical Gazette

แพทยสารทหารอากาศ

ปีที่ ๗๑ ฉบับที่ ๑ มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๘

Vol. 71 No. 1 January - June 2025

Content

บทบรรณาธิการ (Editorial)

Original Articles (นิพนธ์ต้นฉบับ)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร กับการรับรู้ประโยชน์ และความต้องการใช้แอปพลิเคชันของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร 1

(A Study of Relationship between the Components of Mobile Applications for Children with Food Allergies and the Perceived Benefits and Usage Needs of Their Caregivers)

o กัลยภรณ์ เชยโพธิ์ พย.ม.

o ณิชฐภา เดชเกษม พย.ม.

o อมร เชิงรุ่งโรจน์ ศศ.ม.

o ชลรัตน์ บัวจินดาชัย ศล.ม.

บทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 9

(The Role of Nurses in Reducing Depressive Symptoms by Problem-Solving Therapy in Major Depressive Disorder Patients)

o น.ท.หญิง รัตติกาล ศรีงาม พย.บ.

o ผศ.ดร.สุดาพร สติดยุทธการ ปร.ด.

ผลของการใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ "Active Knowledge Stress of Flight" ต่อความรู้ เรื่องความเครียดจากการบินในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 21

(The Effects of Interactive Video Animation "Active Knowledge Stress of Flight" on Knowledge Stress of Flight Among Third Year Air Force Student Nurses, Academic Year 2024)

o น.ต.หญิง ดวงทิพย์ ลดาวัลย์ พย.ม.

o น.ท.หญิง จิรภิญญา คำรัตน์ พย.ด.

o นพอ.กชนิภา บุญพลอย

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ (Experts' Perspectives on a Frontier in Preventable Cancers Prevention: A Qualitative Study) 31

o โสพรรณ โพทะยะ พย.ด.

o วิไลวรรณ ทองเจริญ ค.ด.

Review Articles (บทความฟื้นฟูวิชาการ)

ยาลดไขมันในเลือดชนิดฉีดกับประโยชน์ด้านสาธารณสุข 43

(Injectable Lipid-Lowering Agents and Their Public Health Benefits)

o น.ต.นที หลีกชัย รม.

การรู้เท่าทันภัยบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับกำลังพลกองทัพอากาศ 47

(Awareness of the Dangers of E-Cigarettes for Royal Thai Air Force Personnel)

o น.ต.หญิง วิภาคนดา วิยานุภาพพงศ์ พย.ม.

o ร.ต.เรวัติ วัชรสินธุ์ พย.บ.

Case Report (รายงานผู้ป่วย)

การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยพยานพระยะโฮวาห์ที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกเชิงกราน 58

(Anesthetic Management in Jehovah's Witness Patient Underwent Acetabular Fractures Surgery: Case Report)

o น.ท.หญิง อลิสร่า คุ่มวงษ์ พย.



บทบรรณาธิการ

แพทยสารทหารอากาศ ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 ฉบับนี้เป็นฉบับแรกหลังจากที่วารสารได้รับการประเมินคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre, TCI) ให้อยู่ในระดับ tier 2 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ที่ผ่านมา โดยจะมีผลตั้งแตปี พ.ศ. 2568-2572 ทั้งนี้ต้องขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนผลักดันให้วารสารแพทยสารทหารอากาศ บรรลุตามเป้าหมายสำคัญดังกล่าวตั้งแต่ กรรมการอำนวยการ กองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยปรับปรุงคุณภาพของบทความให้ได้มาตรฐาน และที่สำคัญที่สุดคือผู้สนับสนุนทุกท่านทั้งจากภายใน และภายนอก กรมแพทยทหารอากาศที่ช่วยกันส่งผลงานวิชาการเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารแพทยสารทหารอากาศ

หลังจากที่มีการปรับฐานคุณภาพให้ขึ้นไปในระดับ tier 2 แล้ว พบว่าจำนวนบทความทางวิชาการได้ถูกส่งเข้ามาที่วารสารเพื่อพิจารณาให้ตีพิมพ์เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งนับเป็นเรื่องที่ดีเนื่องจากทางวารสารจะได้มีโอกาสคัดเลือกผลงานที่มีคุณภาพสูงได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามฉบับนี้มีบทความคุณภาพสูงทั้งจากในและนอกกรมแพทยทหารอากาศถึง 7 เรื่อง ทั้งนี้แม้ว่าทางกองบรรณาธิการและทีมงานที่รับผิดชอบด้านกระบวนการตีพิมพ์จะต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว แต่ขอยืนยันว่าทุกคนจะทำงานเต็มความสามารถเพื่อที่จะพัฒนาคุณภาพของวารสารแพทยสารทหารอากาศให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

บรรณาธิการ

ม.ย.68

(Original Article)

A Study of Relationship between the Components of Mobile Applications for Children with Food Allergies and the Perceived Benefits and Usage Needs of Their Caregivers

Kulyaporn Cheypho M.S.N.¹, Natthapha Detkasem M.N.S.¹,

Amorn Cherngroongroj M.A.², Chalarat Buajindachai M.F.A.³

¹Faculty of nursing, ²Faculty of Liberal Arts, ³Faculty of Information Technology and Digital Innovation

North Bangkok University, Bangkok, Thailand

Correspondence to : jrnararat@gmail.com

(Received : 27 Feb 25, Revised : 21 April 25, Accepted : 1 May 25)

Abstract

This study aimed to explore the relationship between the components of mobile applications for children with food allergies and the perceived benefits and usage needs of their caregivers, using Bandura's self-efficacy framework. The sample consisted of 100 caregivers of children with food allergies. Data were collected through a questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation, and multiple regression analysis.

The results revealed that caregivers with higher education levels were less likely to prioritize the application ($r = -0.240$, $p = 0.016$). Additionally, the age of the child with food allergies ($r = -0.259$, $p = 0.009$) and the type of allergenic food ($r = -0.266$, $p = 0.007$) were negatively correlated with the demand for the application. Key components positively correlated with the demand for the application included barcode scanning to check for allergens ($r = 0.280$, $p = 0.005$), creating a social network for app users ($r = 0.307$, $p = 0.002$), and providing first aid guidance during allergic reactions ($r = 0.304$, $p = 0.002$).

Multiple regression analysis indicated that the creation of a social network was a significant predictor of the demand for the application ($\beta = .162$, $p < 0.001$). These findings can serve as guidelines for developing mobile applications that effectively address the needs of caregivers of children with food allergies.

Keywords : *food allergies, mobile applications, caregivers of children.*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 1 January - June 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารกับการรับรู้ประโยชน์และความต้องการใช้แอปพลิเคชันของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร

กัลยภรณ์ เขยโพธิ์ พย.ม.¹, ณัฐธิดา เดชเกษม พย.ม.¹, อมร เข็ญรุ่งโรจน์ ศศ.ม.², ชลารัตน์ บัวจินดาชัย ศศ.ม.³¹คณะพยาบาลศาสตร์, ²คณะศิลปศาสตร์, ³คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมดิจิทัล

มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารกับการรับรู้ประโยชน์และความต้องการใช้แอปพลิเคชันของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มให้ความสำคัญกับแอปพลิเคชันน้อยลง ($r = -0.240, p = 0.016$) และอายุของเด็กแพ้อาหาร ($r = -0.259, p = 0.009$) รวมถึงชนิดของอาหารที่แพ้ ($r = -0.266, p = 0.007$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการใช้แอปพลิเคชัน นอกจากนี้องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการใช้แอปพลิเคชัน ได้แก่ การสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้ ($r = 0.280, p = 0.005$) การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร ($r = 0.307, p = 0.002$) และการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแพ้อาหาร ($r = 0.304, p = 0.002$) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าการสร้างเครือข่ายทางสังคมสามารถทำนายความต้องการการใช้แอปพลิเคชันได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .162, p < 0.001$) ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร ให้สนองความต้องการของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : เด็กแพ้อาหาร, โมบายแอปพลิเคชัน, ผู้ดูแลเด็ก

บทนำ

เด็กแพ้อาหารมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ ซึ่งเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของเด็กที่มีการตอบสนองต่อสารอาหารก่อให้เกิดการแพ้ ส่งผลให้มีอาการแสดงตั้งแต่ผื่นลมพิษจนถึงอาการช็อกรุนแรงเป็นอันตรายต่อร่างกาย^(2,3) การศึกษาความชุกของการแพ้อาหารในประเทศไทย พบว่ามีความชุกของการแพ้อาหารสูงในกรุงเทพมหานครและอัตราการแพ้อาหารสูงถึงร้อยละ 10 ในกลุ่มเด็กวัยเรียน⁽⁴⁾ เด็กแพ้อาหารจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ ซึ่งเด็กต้องอาศัยการเข้าใจและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura) ที่เชื่อว่าบุคคลจะเรียนรู้และตัดสินใจความสามารถของตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความเข้าใจ⁽⁵⁾ สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญใน

การส่งเสริมความรู้ทักษะให้กับเด็กแพ้อาหาร ทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและลดความวิตกกังวลในการจัดการการแพ้อาหารได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้ในอาหาร พบว่ามีการปนเปื้อนจากการใช้อุปกรณ์ร่วมกันในการเตรียมอาหารและอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการแพ้ได้⁽⁶⁾ นอกจากนี้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคภูมิแพ้ของประเทศไทย ปี 2563 แนะนำให้มีการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยงโดยใช้คะแนนประเมินความเสี่ยงจากพ่อแม่และพี่ เพื่อให้สามารถเริ่มอาหารเสริมตามวัยได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอาหารที่มีโอกาสแพ้สูง เช่น ถั่วลิสง และไข่ ซึ่งมีผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคภูมิแพ้ในอนาคต⁽⁷⁾ ดังนั้นครอบครัวต้องให้ความสำคัญกับการจัดการอาหารที่มีสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีโมบายแอปพลิเคชันมาใช้มากขึ้น ทำให้ผู้ปกครองสามารถตรวจสอบส่วนผสมของอาหารได้สะดวกรวดเร็วในการเลือกซื้อหรือจัดเตรียมอาหาร

สำหรับเด็กแพ้อาหาร รวมทั้งการดูแลแบบเอื้ออาทรในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจของพยาบาลกับเด็กแพ้อาหารและผู้ดูแล ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการการแพ้อาหารได้เหมาะสม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้นำไปสู่ความรู้และพัฒนาเครื่องมือเทคโนโลยีให้ตอบสนองต่อความต้องการและมีประโยชน์มากขึ้น และสามารถเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารให้มีการจัดการการแพ้อาหารอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารกับความต้องการและประโยชน์ต่างๆ ของโมบายแอปพลิเคชัน ในการจัดการการแพ้อาหาร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross sectional research) เพื่อศึกษาองค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารกับความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันของผู้ดูแลในการจัดการการแพ้อาหาร กลุ่มประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) คือผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารที่เข้ารับการรักษาและตรวจติดตามอาการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 112 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยการซักประวัติตรวจร่างกาย การทดสอบด้วย skin prick test และหรือการตรวจด้วย IgE ที่จำเพาะต่ออาหาร (Food-specific IgE) อย่างน้อย 1 เดือน 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียนสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก 1) กลุ่มตัวอย่างขอยุติการเข้าร่วมวิจัยในการวิจัยนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน เนื่องจากไม่มีเด็กแพ้อาหารรายใหม่ในหน่วยบริการในระยะการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ขณะพาเด็กแพ้อาหารเข้ารับการรักษา และตรวจติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura) เชื่อว่าบุคคลจะเรียนรู้และตัดสินใจความสามารถของตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อความเข้าใจ โดยที่ปัจจัยในตัวบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและมีอิทธิพลต่อกัน โดยในงานวิจัยนี้ self-efficacy หมายถึง การรับรู้ประโยชน์และความต้องการในการใช้โมบายแอปพลิเคชัน ปัจจุบันมีการใช้โมบายแอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารกับความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันของผู้ดูแลเด็กเพื่อจัดการการแพ้อาหาร ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลเด็กแพ้อาหาร ได้แก่ อายุของเด็กแพ้อาหาร ชนิดของอาหารที่แพ้ ปัจจัยด้านองค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชัน ความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) คือการรับรู้ประโยชน์ และความต้องการการใช้โมบายแอปพลิเคชัน และการสำรวจกลุ่มเด็กแพ้อาหาร ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลเด็กแพ้อาหาร จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อายุของเด็กที่แพ้อาหาร และชนิดของอาหารที่แพ้ 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านองค์ประกอบต่างๆ ของโมบายแอปพลิเคชัน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านการบันทึกข้อมูลอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ ปัจจัยด้านการสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้ ปัจจัยด้านการสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้แอปพลิเคชัน ปัจจัยด้านการแนะนำอาการแพ้ที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัยและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ปัจจัยด้านการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแพ้ และปัจจัยด้านบทบาทของครอบครัวในการดูแลเด็กแพ้อาหาร ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน การแปลความหมายของแบบสอบถามใช้หลัก Best and Kahn⁽³⁾ 3) แบบสอบถามความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ โมบายแอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ดูแลสามารถลดขั้นตอนในการค้นหาข้อมูลส่วนประกอบที่อาจก่อให้เกิดการแพ้ในอาหารได้ง่ายและรวดเร็ว โมบายแอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเลือกสินค้าที่ปลอดภัยสำหรับเด็กแพ้อาหาร โมบายแอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ดูแลสามารถบันทึกและติดตามส่วนประกอบที่เด็กแพ้ได้อย่างสะดวกและเป็นระเบียบและโมบายแอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กที่มีอาการแพ้อาหาร ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน มีความต้องการและมีประโยชน์น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมีความต้องการและมีประโยชน์มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน สำหรับเกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของแบบสอบถามการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จะนำมาแปลความหมายตามเกณฑ์ของเบสต์และคาห์น (Best and Kahn)

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และดัชนีความตรงรายฉบับ (Scale-Content Validity Index: S-CVI) เท่ากับ 0.80 และมีดัชนีความตรงรายข้อของแบบสอบถาม (Item-Content Validity Index: I-CVI) เท่ากับ 0.83 - 0.85 จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความชัดเจนเหมาะสมของเนื้อหามากขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ ค่าดัชนีความตรงรายฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.88 และมีดัชนีความตรงรายข้อของแบบสอบถาม (I-CVI) เท่ากับ 0.85-0.93 วิเคราะห์และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No. 0858/2022 (IRB no. 0126/65) เมื่อวันที่

24 มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์โรคมุมิแพ้อาหารและอิมมูโนวิทยา อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการรักษาความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาและทุกขั้นตอนเมื่อต้องการการอภิปรายผลหรือการเผยแพร่ผลการวิจัยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามขณะเด็กแพ้อาหารเข้ารับการรักษาและตรวจติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์โรคมุมิแพ้อาหารและอิมมูโนวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารและข้อมูลเด็กแพ้อาหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลองค์ประกอบต่างๆ ของโมบายแอปพลิเคชันและความต้องการและประโยชน์ต่างๆ ของโมบายแอปพลิเคชัน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายขององค์ประกอบต่างๆ ของโมบายแอปพลิเคชัน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างตัวแปรทำนายกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลเด็กแพ้อาหาร โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลเด็กแพ้อาหาร จำนวน 100 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 90) ช่วงอายุ 36-40 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 28) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 26-30 ปี และ อายุ 31-35 ปี จำนวน 23 คน เท่ากัน (ร้อยละ 23) ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 59 คน (ร้อยละ 59) สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 23) อายุปัจจุบันของ

บุตรที่แพ้อาหารมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 1-2 ปี จำนวน 51 คน (ร้อยละ 51) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 3-5 ปี และช่วงอายุ น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 18 คน และ 10 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 18 และ ร้อยละ 10 ตามลำดับ) ชนิดของอาหารที่แพ้มากที่สุด คือ การแพ้มากกว่า 1 ชนิดจำนวน 70 คน (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่แพ้ข้าวสาลี และกลูเตน จำนวน 14 คน รองลงมาคือ นมวัว จำนวน 12 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 14 และ ร้อยละ 12 ตามลำดับ)

2. การใช้โมบายแอปพลิเคชันสำหรับผู้ที่มีภาวะแพ้อาหารมีระดับความต้องการและประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.41, S.D. = 0.28) ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของแอปพลิเคชันดังกล่าวต่อกลุ่มตัวอย่าง การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแพ้อาหาร (Mean = 2.79, S.D. = 0.04) และการสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้ (Mean = 2.83, S.D. = 0.05) ได้รับการประเมินในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญขององค์ประกอบ

เหล่านี้ ตอบสนองต่อการรับรู้ประโยชน์และความต้องการใช้ แอปพลิเคชันของผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารสูง ในขณะที่การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้อุปกรณ์ (Mean = 2.50, S.D. = 0.07) อยู่ในระดับมาก สะท้อนถึงความต้องการการมีระบบสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแพ้ที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย (Mean = 2.09, S.D. = 0.08) และคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง (Mean = 2.39, S.D. = 0.77) ได้รับการประเมินในระดับปานกลาง ซึ่งควรปรับปรุงการให้ข้อมูลและการให้คำแนะนำ เพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเพิ่มมากขึ้น โดยสรุปผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารมีความต้องการ และเห็นประโยชน์ขององค์ประกอบการตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้ และการช่วยเหลือเบื้องต้นสูงสุด ส่วนองค์ประกอบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแพ้และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอาจต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับต้องการองค์ประกอบต่างๆ ของโมบายแอปพลิเคชันแพ้อาหาร และความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร (n=100)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
1. การบันทึกข้อมูลอาหารที่ทำให้เกิดการแพ้บนโมบายแอปพลิเคชัน	2.30	.08	ปานกลาง
2. การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้อุปกรณ์	2.50	.07	มาก
3. บอกอาการแพ้ที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย	2.09	.08	ปานกลาง
4. แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	2.39	.77	ปานกลาง
5. การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแพ้อาหาร	2.79	.04	มาก
6. การสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้	2.83	.05	มาก
7. ความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร	4.41	.28	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการ และประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความต้องการและประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ($r = -0.240$, $p = 0.016$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้ม ให้ความสำคัญกับแอปพลิเคชันน้อยลง นอกจากนี้อายุของเด็กที่แพ้อาหาร ($r = -0.259$, $p = 0.009$) และชนิดของอาหารที่แพ้ ($r = -0.266$, $p = 0.007$) มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญ

($p < 0.01$) กับความต้องการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งอาจสะท้อนถึงแนวโน้มที่เด็กที่อายุมากขึ้นหรือมีการแพ้อาหารที่ซับซ้อน จะพึ่งพาข้อมูลจากแหล่งอื่นมากกว่าแอปพลิเคชัน สำหรับ องค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชัน ผลการวิเคราะห์พบว่า องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) กับความต้องการและประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ได้แก่ การสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้ ($r = 0.280$, $p = 0.005$) การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้อุปกรณ์ ($r = 0.307$, $p = 0.002$) การช่วยเหลือเบื้องต้น

เมื่อเกิดอาการแพ้อาหาร ($r = 0.304, p = 0.002$) นอกจากนี้ การแนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ($r = 0.299, p = 0.022$) มีความสัมพันธ์ในระดับมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการบอกอาการแพ้ที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย ($r = 0.090, p = 0.375$) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร (n=100)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
เพศ	-0.133	0.186
อายุ	-0.085	0.400
ระดับการศึกษา	-0.240*	0.016
อายุของเด็กแพ้อาหาร	-0.259**	0.009
ชนิดของอาหารที่แพ้	-0.266**	0.007
1. การบันทึกข้อมูลอาหารที่ทำให้เกิดการแพ้ในโมบายแอปพลิเคชัน	0.280**	0.005
2. การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้ออปพลิเคชัน	0.307**	0.002
3. บอกอาการแพ้ที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย	0.090	0.375
4. แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	0.299*	0.022
5. การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแพ้อาหาร	0.304**	0.002
6. การสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้	0.261**	0.009

*p-value < 0.005, ** p-value < 0.001

ผลการวิจัยพบว่า การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้ออปพลิเคชัน เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความต้องการและประโยชน์ของแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .162, p < 0.001$) ซึ่งหมายความว่าหากมีการพัฒนาองค์ประกอบเครือข่ายทางสังคมในแอปพลิเคชัน ผู้ใช้จะมีแนวโน้มที่จะเห็นความสำคัญและต้องการใช้ออปพลิเคชันมากขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงสัมประสิทธิ์ถดถอยคุณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร (n=100)

ชื่อตัวแปร	b	SEb	β	t	p
การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้ออปพลิเคชัน	.561	.431	.162	.196	0.000**

**p-value < .001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีช่วงอายุระหว่าง 36-40 ปี และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปริญญาตรี นอกจากนี้อายุของเด็กแพ้อาหารส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 1-2 ปี และมีภาวะแพ้อาหารมากกว่าหนึ่งชนิด โดยเฉพาะการแพ้ข้าวสาลี กุ้งเตนและ

นมวัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al. (2021) พบว่าภาวะแพ้อาหารมักพบมากในเด็กเล็กและมีแนวโน้มแพ้อาหารมากกว่าหนึ่งชนิด

ด้านความต้องการและประโยชน์ของโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหาร พบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.41, S.D. = 0.28) แสดงให้เห็นถึง

ความสำคัญของแอปพลิเคชันในกลุ่มผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กที่มีภาวะแพ้อาหาร การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแพ้อาหารและการสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้เป็นฟังก์ชันที่ได้รับการประเมินในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Patel⁽⁹⁾ พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่แพ้อาหารให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีที่ช่วยตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้และให้คำแนะนำฉุกเฉิน นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้ออปพลิเคชันได้รับการประเมินในระดับมากแสดงให้เห็นถึงความต้องการในการมีระบบสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแพ้ที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย และคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้รับการประเมินในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากข้อมูลที่น่าเสนาอาจยังไม่ครอบคลุมหรือไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ได้อย่างเต็มที่ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nowak⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าผู้ใช้งานต้องการข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับการแพ้อาหารมากขึ้น

ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการ และประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ($r = -0.240$, $p = 0.016$) สะท้อนว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มใช้แหล่งข้อมูลทางการแพทย์หรือเอกสารวิชาการมากกว่าการพึ่งพาแอปพลิเคชัน ด้านอายุของเด็กที่แพ้อาหารและชนิดของอาหารที่แพ้ก็มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับความต้องการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chooniedass⁽¹¹⁾ ที่พบว่าผู้ปกครองที่มีบุตรโตขึ้นมักมีความสามารถในการจัดการภาวะแพ้อาหารด้วยตนเองมากขึ้นและพึ่งพาเทคโนโลยีลดลง นอกจากนี้ องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับความต้องการและประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ได้แก่ การสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้ ($r = 0.280$, $p = 0.005$) การสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้ออปพลิเคชัน ($r = 0.307$, $p = 0.002$) และการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการแพ้อาหาร ($r = 0.304$, $p = 0.002$) แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต้องการและประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ Bousquet⁽¹²⁾ ที่ระบุว่าการมีระบบตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปกครอง

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น พบว่าการสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้ใช้ออปพลิเคชันเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความต้องการและประโยชน์ของแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .162$, $p < 0.001$) ซึ่งหมายความว่าหากมีการพัฒนาองค์ประกอบเครือข่ายทางสังคมในแอปพลิเคชัน ผู้ใช้อาจมีแนวโน้มที่จะเห็นความสำคัญและต้องการใช้แอปพลิเคชันมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta⁽¹³⁾ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มความมั่นใจในการดูแลเด็กที่แพ้อาหารและกระตุ้นให้ผู้ปกครองใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการมีพฤติกรรมของบุคคล รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของเด็กที่แพ้อาหาร องค์ประกอบที่ได้รับความนิยมสูงสุดคือการสแกนบาร์โค้ดเพื่อตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้และการช่วยเหลือเบื้องต้นแสดงให้เห็นถึงความต้องการของผู้ดูแลในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถดำเนินการได้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chayutimaphan⁽¹⁴⁾ ที่ระบุว่าโมบายแอปพลิเคชันที่ออกแบบดีสามารถจัดการการแพ้อาหาร ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการเลือกอาหารมากขึ้น

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าโมบายแอปพลิเคชันสำหรับเด็กแพ้อาหารมีความสำคัญต่อกลุ่มผู้ปกครอง โดยเฉพาะองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบสารก่อภูมิแพ้และการช่วยเหลือเบื้องต้น อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาองค์ประกอบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแพ้และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กแพ้อาหารมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและจัดการการแพ้อาหารได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ประกอบของโมบายแอปพลิเคชันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Loh W, Tang MLK. The epidemiology of food allergy in the global context. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 18;15(9):2043.
2. สุรวัฒน์ หอมวิเศษ. ภูมิแพ้อาหารในเด็ก: ภัยร้ายที่พ่อแม่ไม่ควรละเลย. โรงพยาบาลเวชธานี; 2024.
3. ฮิลล์ ดีเจ. สถานการณ์โรคแพ้อาหารในประเทศไทย. MedPark Hospital. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/understanding-food-allergy>.
4. Mookachonpan D. Regulations of food allergies. *For quality Journal*. 2009;114:69-71.
5. Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
6. นฤมล จอมมาก และ ปัทมา ระตะนะอาพร. การเกาะติดของสารก่อภูมิแพ้จากกึ่งบนพื้นผิวสัมผัส. โครงการวิจัยทุนสนับสนุนงานวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ; งบประมาณเงินรายได้ ปี พ.ศ. 2564. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ.
7. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในครอบครัวไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565). *THAI JOURNAL OF OTOLARYNGOLOGY HEAD AND NECK SURGERY*. 2022;23(1).
8. Best JW, Kahn JV. *Research in education*. 10th ed. New York: Pearson Education; 2006
9. Matricardi P, Dramburg S, Alvarez-Perea A, et al. The role of mobile health technologies in allergy care: An EAACI position paper. *Allergy*. 2019;75:259-72.
10. Nowak-Wegrzyn A. Food allergy 2020: learning from the past, looking to the future. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020 May;124(5):409-10.
11. Chooniedass R, Soller L, Hsu E, To S, Cameron SB, Chan ES. Parents of children with food allergy: A qualitative study describing needs and identifying solutions. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020 Dec; 125(6): 674-9.
12. Bousquet J, et al. Mobile technology in allergic rhinitis: Evolution in management or revolution in health and care? *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2019;7(8):2511-23.
13. Gupta RS, Epstein E, Wood RA. The role of pediatricians in the diagnosis and management of IgE-mediated food allergy: a review. *Front Pediatr*. 2024 May 30; 12: 1373373.
14. Chayutimaphan K, Arnin J, Sawatchai A, Kanchongkittiphon W, Manuyakorn W. Benefits of mobile messenger application in caregivers of food allergy children. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2023 Oct 23.

(Original Article)

The Role of Nurses in Reducing Depressive Symptoms by Problem-Solving Therapy in Major Depressive Disorder Patients

Wg.Cdr. Rattikan Sringam B.N.S., Assist.Prof. Dr. Sudaporn Stithyudhakam Ph.D.

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Correspondence to : rattikan43mut@gmail.com

(Received : 22 Mar 25, Revised : 1 May 25, Accepted : 7 May 25)

Abstract

Major depressive disorder is a significant mental health issue that affects patients' quality of life and society, particularly among adults who are at high risk of complications such as decreased work performance and an increased risk of suicide. This article discusses major depressive disorder (MDD), depressive symptoms, the progression of depressive disorder about risk factors associated with depressive symptoms, and the overall impact of depression. It also highlights the role of psychiatric nurses in the treatment of depressive disorders and the use of psychosocial interventions to alleviate depressive symptoms. Especially emphasis is on the role of psychiatric nurses in reducing depressive symptoms through Problem-Solving Therapy (PST), to help patients develop coping skills and reduce depressive symptoms. In addition, Problem-Solving Therapy is a continuous and comprehensive care that help patients recover and return to normal life.

Keywords : major depressive disorders, nursing role, depressive symptoms, problem-solving therapy**Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 1 January - June 2025**

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

**บทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

น.ท.หญิง รัตติกาล ศรีงาม พย.บ., ผศ.ดร.สุดาพร สถิตยยุทธการ ปร.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสังคม โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อชีวิต เช่น การสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น บทความนี้กล่าวถึงโรคซึมเศร้า อาการซึมเศร้า การดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ผลกระทบของอาการซึมเศร้า บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง นอกจากนี้การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาก็ยังเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในทุกมิติ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้า, บทบาทพยาบาล, อาการซึมเศร้า, การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก โดยมีประชากรประมาณ 280 ล้านคน หรือร้อยละ 3.8 ป่วยด้วยโรคนี้⁽¹⁾ และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 5.0 และในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 5.7⁽¹⁾ โรคซึมเศร้าทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยและเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 700,000 คนต่อปี จากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา (CDC) ในปี ค.ศ. 2020 พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ช่วงอายุ 18-64 ปีป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 59.8⁽²⁾ การทบทวนวรรณกรรมในประชากรแถบเอเชียช่วงปี ค.ศ. 2000-2020 ชี้ให้เห็นว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.7-37.35⁽³⁻⁵⁾ และยังพบอีกว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นในระหว่างปีที่มีการระบาดของโควิด-19^(6,7) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.8-4.4⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มจาก 332,618 คน เป็น 359,737 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึง 4,625 คนปี โดยเป็นวัยผู้ใหญ่มากที่สุด 3,369 คน และเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า⁽⁴⁾

ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลในด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม⁽⁸⁾

โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ เศร้าโศก และร้องไห้ง่าย ผู้ป่วยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด และจิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้านี้จะเกิดขึ้นเกือบทั้งวันและติดต่อกันเกือบทุกวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมักต้องการอยู่คนเดียวและไม่ทนต่อการถูกรบกวน⁽⁹⁾

โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้าที่มีมากเกือบตลอดทั้งวันเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมีอารมณ์ทุกข์ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงาน เสียสมรรถภาพการทำงาน เสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และผู้ป่วยมีความคิดหรือวางแผนการฆ่าตัวตาย⁽¹⁰⁾

สรุปว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม โดยจะแสดงอารมณ์เศร้าติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ มีความเบื่อหน่าย หดหู่ สิ้นหวัง ความคิดและการรับรู้เปลี่ยนแปลงร่วมกับอาการอ่อนเพลีย เมื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ แยกตัวจากผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้

อาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับมีอาการแปรปรวนเป็นหลัก โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง ไร้ค่า⁽¹¹⁾

อาการซึมเศร้า หมายถึง การที่มีอารมณ์เศร้า ความสนใจลดลง หรือมีความสุขในกิจกรรมของแต่ละวันลดลง นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง เหนื่อยล้า ขาดสมาธิ รู้สึกผิด และไร้ค่า⁽¹²⁾

อาการซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นติดต่อกันนานเกินกว่าที่ควรจะเป็นจากผลกระทบของเหตุการณ์ ความเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญ ความสนใจและความเพลิดเพลินที่ลดลงจะทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และทำงานต่างๆ ให้สำเร็จได้ลำบาก มีปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างจากปัญหาอารมณ์ของตน ส่งผลให้ยิ่งแยกตัวจากสังคมมากขึ้น⁽¹³⁾

สรุปว่าอาการซึมเศร้า หมายถึง อาการผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากความคิดและการรับรู้ของบุคคลที่แสดงออกมา โดยมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ การตัดสินใจเชิงซ้ำ มีความคิดอยากตาย มีอารมณ์เศร้า สิ้นหวังไร้คุณค่า ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัว นอนหลับยาก อ่อนเพลีย เมื่ออาหาร และมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์

การดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า

แบ่งตามระยะการรักษาก่อออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

1. ระยะอาการเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย (episode) โรคซึมเศร้าตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ (1992) ประกอบด้วย อาการหลัก 2 ข้อ ได้แก่ อารมณ์เศร้า และความสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง ต้องเกิดตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ อาการรองอย่างน้อย 4 ข้อ เช่น สมรรถิลดลง ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ รู้สึกผิด ความคิดอยากตาย เป็นต้น ไม่เคยมีอาการไฮโปแมนเนียหรือแมนเนีย และไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน การทำงาน และการเข้าสังคม หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 6-12 สัปดาห์

2. ระยะรักษาต่อเนื่อง (Continuation phase) เป็นระยะที่ได้รับการบำบัดหรือรักษา (response) เป็นช่วงที่อารมณ์เศร้าดีขึ้น อาการและอาการแสดงต่างๆ ลดลงและควบคุมได้มากขึ้น ผู้ป่วยมีความสนใจตนเองมากขึ้น เข้าสังคมมากขึ้น มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานดีขึ้น เข้าสู่อาการซึมเศร้าสงบอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย (partial remission) หรือไม่มีอาการซึมเศร้าเลย (full remission) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 4-9 เดือนแต่ยังมีโอกาสเกิดอาการกำเริบได้ (relapse) จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้า (remission) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้ามาเป็นเวลานาน จนพ้นระยะการดำเนินโรค (recovery) สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติเป็นระยะที่อาการซึมเศร้าสงบยาวนานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยยังต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ (recurrent)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาในปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวคิด Case formulation (4 P's) มีดังนี้^(18,19)

1. ปัจจัยเสี่ยง คือ สิ่งที่ทำให้บุคคลเพิ่มโอกาสการเกิดอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม ซึ่งพบว่าผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้าร่วมกับประสบเหตุการณ์ความเครียดรุนแรงในชีวิตจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 6.2-14.6 ความผิดปกติของสมอง สารสื่อประสาท และระบบต่อมไร้ท่อที่มีการตอบสนองต่อความเครียดผิดปกติ จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้⁽²⁰⁾ เพศ จากศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เนื่องจากลักษณะทางเพศสภาพที่อ่อนแอ การมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งภายในครอบครัวและการทำงานนอกบ้าน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบฮอร์โมนเพศหญิงในแต่ละช่วงวัย ทำให้เพศหญิงถูกกระตุ้นให้เกิดความเครียดและป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่า^(13,21,22) อายุ พบอายุเฉลี่ยการเกิดโรคซึมเศร้าช่วง 20-50 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่ต้องเผชิญเหตุการณ์ความเครียด และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ⁽¹³⁾

2. ปัจจัยกระตุ้น คือ สิ่งที่ทำให้บุคคลเริ่มมีอาการซึมเศร้า หรือการกำเริบของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจ และวัฒนธรรม^(20,23) การว่างงาน⁽²¹⁾ รายได้ของครอบครัว และบทบาทผู้นำครอบครัว⁽²⁴⁾ สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เนื่องจากการเป็นหัวหน้าครอบครัวมีความเครียดสูงจากการต้องรับผิดชอบดูแลและเป็นความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนใกล้ชิด เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกถึงการสูญเสียคุณค่าในตนเอง เป็นต้น⁽²⁵⁾ หากผู้ป่วยรายใดมีความสามารถในการปรับตัว หรือการเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นได้^(26,27)

3. ปัจจัยคงอยู่ คือ สิ่งที่ทำให้อาการซึมเศร้าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันค่อยๆ รุนแรงขึ้นและคงอยู่ต่อไป ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ

ทางลบ⁽²¹⁾ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีความคิดบิดเบือน มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ ทำให้แยกตัว และอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น⁽⁸⁾ ความสามารถในการแก้ปัญหา ที่ไม่มีประสิทธิภาพ^(26,27) เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา มีมุมมอง ต่อปัญหาทางลบ มีการรับรู้คุณค่าตนเองต่ำ และการมี อารมณ์ทางลบ ซึ่งจะส่งผลต่อความพยายามในการแก้ปัญหา ทำให้แก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ⁽²⁸⁾ และสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัวที่ห่างเหิน ขาดการเอาใจใส่และไม่เห็นคุณค่า จะทำให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจในการที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการของอาการซึมเศร้า อย่างมาก⁽²⁵⁾

4. ปัจจัยปกป้อง คือ สิ่งที่ยับยั้งการเกิดอาการ ซึมเศร้าและการเกิดซ้ำของอาการซึมเศร้าได้ ประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁽²⁵⁾ การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ที่ดี⁽²⁵⁾ จะช่วยสร้างความเข้าใจและลดการแสดงออกทาง อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ร่วมช่วยเหลือในการตัดสินใจรับ การรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจและให้ความ ร่วมมือในการรักษา⁽²⁹⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²¹⁾ รวมถึงรูปแบบการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ^(26,27) เป็นแนวทาง ในการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ของ ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จึงช่วยปกป้องไม่ให้มีอาการซึมเศร้า กำเริบหรือรุนแรงขึ้นได้

ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นล้วนมีความสัมพันธ์ต่อ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถ้าสามารถจัดการหรือ ลดปัจจัยเสี่ยง, ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่เหล่านี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเพิ่มปัจจัยปกป้องให้มากขึ้น จะช่วยส่งเสริมให้อาการซึมเศร้ามลดลง และไม่กลับมากำเริบซ้ำ พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด และได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีหน้าที่ ช่วยให้ผู้ป่วยประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดการกับอาการ ซึมเศร้า เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ผลกระทบของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะส่งผล กระทบต่างๆ ดังนี้

1. ในวัยรุ่นพบว่า อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความ สามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น ด้านการเรียน ด้านการทำงาน

ด้านการเข้าสังคมหรือเป็นเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตาย รวมทั้ง ยังเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิด โรคซึมเศร้าในช่วงวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ⁽³⁰⁾

2. ในวัยผู้ใหญ่พบว่า อาการซึมเศร้าทำให้สมรรถภาพ การทำงานลดลง ขาดงานบ่อยครั้ง⁽³¹⁾ อาจนำไปสู่การเลิกจ้าง งาน ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยผู้ใหญ่ยังบกร่องในการ แก้ปัญหาและการจัดการปัญหาในชีวิต ทำให้ไม่สามารถ ทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวและสังคมได้ หากไม่ได้ รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อาจทำให้อาการซึมเศร้า กำเริบรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายได้⁽³²⁾

3. ในวัยผู้สูงอายุพบว่า อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต ทำให้มีการพึ่งพามากขึ้น การทำหน้าที่ในชีวิต ประจำวันลดลง ทำให้สุขภาพทรุดโทรมลง เกิดความรู้สึกไม่มี คุณค่าในตนเอง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเกิดการ แยกตัว เกิดภาวะแก่ผู้ดูแลเนื่องจากความสามารถในการ ทำงานและการดูแลตนเองลดลง รวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญ ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย^(33,34)

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาผู้ป่วย โรคซึมเศร้า

บทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวชในการบำบัด รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย ดังนี้^(26,35-37)

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ สามารถสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถ ใช้เครื่องมือและเทคนิคทางการพยาบาลจิตเวชที่เหมาะสม รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เพื่อเข้าใจสาเหตุและ วิธีการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย ความรู้สึก โดยรับฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจความรู้สึกเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ลดรายมากขึ้น

2. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ครอบคลุมด้วยเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกตการใช้

แบบประเมินหรือคัดกรองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าได้แก่ ด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม การประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

3. การนำข้อมูลที่มีความผิดปกติมาวิเคราะห์ปัญหาให้ครอบครัวโดยจัดลำดับความสำคัญตามความเร่งรีบและความรุนแรงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และระยะการดำเนินของโรคในประเด็นสำคัญต่างๆ ได้แก่ การได้รับยาทางจิตเวช การรักษาด้วยไฟฟ้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ความผิดปกติทางร่างกาย ความต้องการทางเพศลดลง ความผิดปกติด้านกระบวนการคิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกสิ้นหวัง ปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. การวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้อาการซึมเศร้าลดลง และช่วยลดผลกระทบจากอาการซึมเศร้า กิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้ ได้แก่ การป้องกันการฆ่าตัวตาย การดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันอาการซึมเศร้ากำเริบ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการบำบัดรักษา การทำจิตสังคมบำบัด การจัดการกับความวิตกกังวลด้านลบ การส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม การจัดการกับความเครียด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ

5. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ความคิดอารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับของภาวะซึมเศร้า ความปลอดภัยจากการทำร้ายตนเอง

การรับประทานอาหาร การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการกับอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการป้องกันอาการกำเริบ เป็นต้น ตามที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่าบรรลุตฤประสงค์มากน้อยเพียงใด ถ้ายังไม่สำเร็จก็ต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมพร้อมทั้งประเมินปัญหาอีกครั้ง และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสงบลง และสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้

การบำบัดทางจิตเพื่อลดอาการซึมเศร้า

การบำบัดทางจิตเป็นการรักษาทางจิตใจที่สำคัญของการรักษาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ซึ่งการบำบัดทางจิตที่สำคัญของโรคซึมเศร้า ได้แก่ จิตวิเคราะห์และจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis and psychoanalytic oriented psychotherapy) จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (inter-personal psychotherapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และการบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) การบำบัดทางจิตเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้ดีขึ้น ช่วยลดการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคม สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะจิตสังคมบำบัดที่นำมาดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ไม่ต้องการรักษาด้วยยา หรือมีข้อจำกัดในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนกับอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาได้ไม่ดี ผู้ป่วยที่ได้ยาแล้วมีอาการหลงเหลือ เป็นต้น⁽³⁸⁾

การบำบัดทางจิตสังคม

การบำบัดทางจิตสังคม คือ การบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้มากที่สุดแม้ยังมีอาการป่วย

ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจและความภาคภูมิใจในตนเอง การบำบัดทางจิตสังคม เริ่มจากการวางแผนกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยออกจากความทุกข์ ออกแบบแนวทาง ส่งเสริมสุขภาพ และสร้างเครือข่ายสังคมเพื่อสนับสนุน การปรับตัวให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตและกลับคืนสู่บทบาททางสังคม ได้ตามปกติ การบำบัดทางจิตสังคม เช่น จิตบำบัดประคับ ประคอง การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จิตบำบัด ลัมพินภาพ การบำบัดคู่สมรส ครอบครัวบำบัด เป็นต้น⁽³⁹⁾ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีการนำการบำบัดด้วยการ แก้ไขปัญหามาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และโรคทางจิต ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม และแบบรายบุคคล สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ และลดการกลับเป็นซ้ำในระยะ 1-3 เดือน ภายหลังการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Theory) ในการลดอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงแม้จะได้รับการ รักษาแล้วก็ยังคงมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ เมื่อเผชิญกับ ปัญหาต่างๆ ความคิดที่บิดเบือนจะทำให้ผู้ป่วยมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ⁽²⁾ เมื่อบุคคลเผชิญกับ ปัญหาจึงมีมุมมองทางด้านลบ คิดว่าปัญหาเป็นสิ่งคุกคาม คุณภาพชีวิต ไม่สามารถจัดการได้ หรือแก้ปัญหาทางลบ ทำให้การแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพและอาจนำไปสู่อาการ ซึมเศร้ากำเริบ⁽²⁸⁾ ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy: PST) ของ Nezu, Nezu, & D'Zurilla⁽⁴⁴⁾ มุ่งเน้นการปรับมุมมองต่อปัญหาให้เป็นบวก โดยใช้เหตุผลและการวางแผนในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ แนวคิดนี้มีโครงสร้างที่ชัดเจนและเน้นที่สถานการณ์ปัจจุบัน โดยเชื่อว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีรูปแบบการ แก้ไขปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ การบำบัดจึงมุ่งเน้นการปรับ มุมมองต่อปัญหาให้เป็นบวก ลดมุมมองทางลบ และส่งเสริม การแก้ปัญหามีเหตุผล ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และแบบขาดความระมัดระวัง ด้วยทักษะการแก้ปัญหาที่ดี ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ การทำความเข้าใจกับ ปัญหา และรูปแบบการแก้ปัญหา⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการลดอาการซึมเศร้า โดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดด้วยการ แก้ไขปัญหา ตามแนวคิดของ Nezu, Nezu, & D'Zurilla⁽⁴⁴⁾ ที่นำมาใช้ในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบ่งตามขั้นตอนของการบำบัดเพื่อการรักษา มีดังนี้

1. การทำความเข้าใจในปัญหา (Problem Orientation) คือ การรับรู้และเข้าใจปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ต้องจัดการ แก้ไข โดยมุมมองต่อปัญหา มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวกคือการมองว่าปัญหาในชีวิตประจำวันเป็นเรื่องปกติที่ หลีกเลี่ยงไม่ได้ และการแก้ปัญหาคือวิธีเผชิญหน้า ส่วน ด้านลบคือการมองว่าปัญหาเป็นภัยคุกคาม ไม่สามารถแก้ไขได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีมุมมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ที่เป็นทางลบ⁽²⁸⁾ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ดังนั้น พยาบาลผู้บำบัดช่วยให้แนะนำแก่ผู้ป่วยในการทำความเข้าใจ ในปัญหาสามารถค้นหาปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วย สามารถรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยสร้างมุมมองต่อปัญหาทาง ด้านบวก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่สามารถ แก้ไขได้ ต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ปัญหา รวมทั้งต้องมีการจัดการอารมณ์หลังต่อปัญหา และการรับรู้ ศักยภาพของตนเองต่อการแก้ปัญหา พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่อง การคิดทางบวกต่อปัญหา รูปแบบการแก้ปัญหา การฝึกผ่อนคลายอารมณ์เมื่อเวลาเผชิญกับปัญหาต่างๆ การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าถึงสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษา โรคซึมเศร้า และอุปสรรคปัญหาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมี การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจที่ถูกต้องต่ออาการของโรคซึมเศร้า มีความมั่นใจ ในการดูแลตนเอง ซึ่งการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองทาง ด้านบวกต่อตนเอง เกิดทัศนคติด้านบวกต่อการมองโลกตาม ความจริง ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง เกิดการรับรู้ปัญหา ที่ถูกต้องส่งผลต่อตัดสินใจ และการให้ความร่วมมือของ ผู้ป่วยในการลดอาการซึมเศร้า

2. การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย (Problem definition and formulation) คือ การรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาเป็นการระบุและกำหนดปัญหาให้ชัดเจน

รวมถึงการทำความเข้าใจ วิเคราะห์สาเหตุ วัตถุประสงค์ และกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่เป็นจริง เพื่อสนับสนุนความพยายามในการแก้ปัญหาต่อไป ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านั้นเกิดจากความคิดที่ไม่ถูกต้อง ไม่สมเหตุผล มีความคิดที่บิดเบือน⁽⁹⁾ ดังนั้นพยาบาลผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยระบุปัญหาให้ชัดเจนแยกปัญหาที่เกิดขึ้นออกจากความคิดที่บิดเบือน รวมถึงการทำความเข้าใจ วิเคราะห์สาเหตุ การกำหนดเป้าหมาย และการตั้งเป้าหมายความสำเร็จที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหาร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ปัญหาที่ชัดเจนและปรับตัวต่อปัญหาของผู้ป่วยได้ดีขึ้น สามารถตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจในการแก้ปัญหาต่อไป ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง

3. การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Generation of alternatives) คือ การค้นหาแนวทางแก้ปัญหาที่หลากหลายวิธีโดยการมองปัญหาจากหลายมุมมอง สร้างทางเลือกใหม่ด้วยความคิดสร้างสรรค์ นำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เทคนิคที่นิยมใช้คือการระดมความคิด รวมถึงการหาคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลหรือความคิดเห็นจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านักมีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบเร่งรีบตัดสินใจมีทางออกของปัญหาเพียงทางเดียวหรืออาจหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหา ดังนั้นพยาบาลผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาแนวทางแก้ปัญหาจากสถานการณ์ปัญหาที่ใกล้เคียงกัน จากประสบการณ์ การแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยการรวบรวมความคิดที่มองปัญหาจากหลายๆ มุมมอง การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการของการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา รวมถึงการช่วยกันสร้างทางเลือกใหม่ด้วยความคิดสร้างสรรค์ ทำให้เกิดวิธีการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์ร่วมกันหลากหลายวิธี ทำให้เข้าใจสถานการณ์ปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยลดความตึงเครียดและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูของโรคซึมเศร้า

4. การตัดสินใจ (Decision making) คือ การเลือกวิธีแก้ปัญหาซึ่งขึ้นอยู่กับผลที่คาดว่าจะได้รับ

และเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยพิจารณาและเลือกวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งอาจส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกกดดัน และความเครียดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม โดยให้ความรู้หลักวิธีการคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาเพื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ทั้งทางบวกและทางลบ รวมทั้งอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นของแต่ละวิธีในการแก้ปัญหา เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง

5. การปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์ (Solution implementation and verification) คือ การดำเนินการตามแผนแก้ปัญหาโดยการนำวิธีที่เลือกมาใช้ พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลลัพธ์เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจพบอุปสรรคหรือปัญหาในระหว่างการลงมือการแก้ปัญหาได้ดังนั้นพยาบาลผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยฝึกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์จำลอง โดยจะช่วยทบทวนความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติให้เห็นถึงวิธีการแก้ปัญหา การฝึกประเมินผลที่จะเกิดขึ้นหลังจากการแก้ปัญหาจากสถานการณ์จำลอง อีกทั้งเป็นการนำไปสู่การแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินผลที่จะเกิดขึ้นหลังจากการแก้ปัญหา พยาบาลผู้บำบัดจะมีการติดตามประเมินการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ปัญหาได้มากขึ้น ถ้ายังไม่บรรลุเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดอาการซึมเศร้าลงได้

ตัวอย่างการนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาตามแนวคิดของ Nezu, Nazu & D'Zurilla (2013) มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เมื่อ 2 วันก่อน

เพราะมีอาการช็อคขณะรับการรักษาด้วยการฟอกเลือด (Hemodialysis) ที่ห้องไตเทียมของโรงพยาบาล 1 วันต่อมา หลังจากได้รับการรักษาอาการช็อคแล้ว อาการทางกาย โดยทั่วไปดีขึ้น แต่มีสีหน้าท่าทางซึมเศร้า ไม่ยอมรับประทานอาหาร บอกว่าเมื่อชีวิต ขณะชกประวัติผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว พูดน้อย รับประทานอาหารได้น้อย ขอไม่ไปรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดบอกว่าทำมานานแล้ว ถึงอย่างไรโรคไตวายก็รักษาไม่หาย และขอลกลับบ้านและบอกว่าไม่ต้องพบจิตแพทย์ก็ได้ ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยพบว่าผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ดูแลครอบครัวได้ไม่ดี นอนไม่หลับ ไม่อยากกินอาหาร รู้สึกเมื่อชีวิตและมีความคิดทำร้ายตนเองบ่อย ได้คะแนนจากการประเมิน เท่ากับ 20

ขั้นตอนและกิจกรรมการพยาบาลการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา

1. การทำความเข้าใจปัญหา : ทำความเข้าใจว่าปัญหาคืออะไร และมีมุมมองต่อปัญหาอย่างไร

กิจกรรมการพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การอธิบายสั้นๆ เกี่ยวกับเป้าหมายและขั้นตอนของการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (PST)

2. ถ้าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูล สิ่งจำเป็นที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ คือ อาการของโรคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ถ้าปัญหาได้รับการแก้ไข้อาการก็จะดีขึ้น การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (PST) เป็นทางที่จะช่วยจัดการกับปัญหาในชีวิตผู้ป่วยได้

3. ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันทั้งหมด จากการประเมินปัญหาที่พบในผู้ป่วยมีดังนี้คือ

3.1 มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดทำร้ายตัวเอง เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง

3.2 มีความรู้สึกความนับถือตนเองต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ดูแลครอบครัวได้ไม่ดี

3.3 มีภาวะแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่แปรปรวน เนื่องจากนอนไม่หลับ ไม่อยากกินอาหาร

4. ถามผู้ป่วยว่าปัญหาใดที่ต้องการให้เริ่มทำการแก้ไข้ตั้งแต่วันนี้

- ผู้ป่วยอยากแก้ไข้ปัญหาข้อ 3.1

5. กระตุ้นผู้ป่วยให้แสดงความคิดเห็น อภิปรายเกี่ยวกับปัญหา ทำความกระจ่างในปัญหาสำหรับผู้ป่วยเองและสำหรับผู้บำบัด ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า

- ไม่อยากเป็นภาระกับครอบครัวที่จะต้องมาคอยดูแล

- อยากให้การรักษาช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงในการดูแลตัวเองได้

- อยากให้สมาชิกของครอบครัวได้เข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย

6. ถ้าจำเป็นควรตั้งคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดในอนาคตจากการถามผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า รู้ว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่อยากจะใช้เวลากับครอบครัวเท่าที่จะสามารถทำได้

การดูแลเพิ่มเติม

- ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการช่วยเหลือให้รู้จักกับอาการทางจิต และ/หรืออารมณ์ของตนเอง

- การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (PST) ที่มีประสิทธิภาพต้องการผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและกระตือรือร้นที่จะแก้ไข้ปัญหาของตนเองอย่างจริงจัง

- ถ้าปัญหาใหญ่และซับซ้อนผู้ป่วยอาจต้องการได้รับการกระตุ้นให้ย่อย หรือลดจำนวนหรือขนาดของปัญหาลงทีละเรื่อง

- ถ้าปัญหาไม่ชัดเจนสำหรับผู้บำบัด อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ชัดเจนในปัญหาเช่นกัน

2. การกำหนดปัญหาและเป้าหมาย : ระบุปัญหาอย่างชัดเจน และกำหนดเป้าหมายในการแก้ไข้ปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ถามผู้ป่วยว่าอะไรเป็นสิ่งที่ต้องการได้รับความสำเร็จในปัญหา

- ผู้ป่วยบอกว่า อยากให้ครอบครัวอยู่ร่วมกัน และช่วยเหลือกันเมื่อวันๆ ผู้ป่วยเสียชีวิต

2. กระตุ้นให้เกิด SMART goal

- Specific ความเฉพาะเจาะจงของเป้าหมายคือ ผู้ป่วยสามารถวางแผนร่วมกับครอบครัวในการรักษาและการดำเนินชีวิตของสมาชิกครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

- Measurable สามารถวัดได้วัดได้จากสมาชิกครอบครัวยอมรับในความต้องกรรับการรักษของผู้ป่วย

และครอบครัวมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ชัดเจนหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

- Achievable เป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ คือ สมาชิกครอบครัวใช้เวลาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและยอมรับความต้องการของผู้ป่วย

- Relevant มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน คือ ความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเข้าใจความรู้สึกและความต้องการรวมทั้งให้การยอมรับซึ่งกันและกัน

- Timely มีช่วงเวลาที่กำหนดได้ ผู้บำบัดร่วมกับผู้ป่วยได้กำหนดเวลาในการดำเนินการภายใน 1 เดือน

การดูแลเพิ่มเติม

ถ้าเป้าหมายโดยรวมมีกรอบเวลาที่ยาว ควรกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายชั่วคราวเป็นระยะเวลาสั้นๆ ที่ละเรื่องก่อนที่จะไปถึงเป้าหมายสูงสุด

3. การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา : ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ถามผู้ป่วยเพื่อให้ระดมสมองเกี่ยวกับทางเลือกในการแก้ไขปัญหที่เป็นไปได้ ผู้บำบัดได้ร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหา ดังนี้

- การได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ
- การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในการแก้ปัญหาเชิงบวก
- การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม
- การสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวอย่างเหมาะสม

การดูแลเพิ่มเติม

- ทางเลือกในการแก้ไขปัญหามีหลายทาง มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหามากกว่า

4. การตัดสินใจ : เลือกวิธีที่ดีที่สุดจากทางเลือกที่มี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยพิจารณาความเป็นไปได้ในแต่ละทางเลือก
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกที่จะทำให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

การดูแลเพิ่มเติม

- ผู้ป่วยอาจต้องการการกระตุ้นให้พิจารณาในเรื่องผลดีและผลเสีย (pros and cons)

5. การปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์ : นำวิธีการแก้ปัญหามาปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติด้วยการแก้ปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับแผนการที่จะทำการแก้ไขปัญหามาตามทางเลือก ผู้ป่วยรายนี้ได้นำวิธีการในการแก้ไขปัญหามาใช้

2. ต้องมั่นใจว่าทั้งผู้บำบัดและผู้ป่วยชัดเจนเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ตามแผนนั้น ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นและปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหที่กำหนดไว้

3. ประเมินความสำเร็จของการบำบัด ถามผู้ป่วยถึงสิ่งที่เขาผ่านมาเป็นอย่างไร จากการสอบถามผู้ป่วยบอกว่า “สบายใจขึ้นไม่มีความเครียดและความกังวลใดๆ เนื่องจากได้ทำในสิ่งที่ตนต้องการแล้ว และสมาชิกครอบครัวก็เข้าใจและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นจนภาคภูมิใจ”

การดูแลเพิ่มเติม

- การลงมือแก้ไขปัญหามาแผนก่อนแล้วค่อยปรึกษา จะมีประสิทธิภาพกว่า

สรุปสาระสำคัญ

ในปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความสำคัญมากขึ้นสามารถพบในทุกประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นอาการสำคัญที่เป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบในวัยผู้ใหญ่จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งโรคนี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยซ้ำ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจทำให้อาการรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ พยาบาลจิตเวชมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะวิกฤติให้ปลอดภัย และช่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งอาการคงที่ การที่พยาบาลจิตเวชนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ร่วมกับการบำบัด ด้วยการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิภาพของ

การรักษาโรคซึมเศร้าที่ยั่งยืน โดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับมุมมองต่อปัญหาให้เป็นบวก ลดมุมมองทางลบ และส่งเสริมการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและแบบขาดความระมัดระวัง ด้วยทักษะการแก้ปัญหาที่ดี ทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยได้เหมาะสม ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. [Depressive disorder (depression) [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 6] Available from: <URL> <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Lee B, Wang Y, Carlson S, Greenlund K, Lu H, Liu Y, et al. National, State-Level, and County-Level Prevalence Estimates of Adults Aged ≥ 18 Years Self-Reporting a Lifetime Diagnosis of Depression - United States, 2020. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 16]; 72(24). Available from: <URL><http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7224a1.htm>
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จูชา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์, 2560.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยซึมเศร้ารายใหม่ 2566[อินเทอร์เน็ต]; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค.66] เข้าถึงได้จาก: <URL> http://thaidepression.com/www/report/main_report/
- Nour MO, Alharbi KK, Hafiz TA, Alshehri AM, Alyamani LS, Alharbi TH, et al. Prevalence of Depression and Associated Factors among Adults in Saudi Arabia: Systematic Review and Meta-Analysis (2000-2022). Depression and Anxiety[Internet]. 2023. [cited 2023 Jul 10] 2023(3):1-18. Available from: <URL> <http://doi.org/10.1155/2023/8854120>
- Lee EJ, Kim SJ. Prevalence and Related Factors of Depression Before and During the COVID-19 Pandemic: Findings From the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. Journal of Korean Medical Science[Internet]. 2023. [cited 2023 Jul 10];38(10): e74. Available from: <URL> <http://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e74>.
- MudShukri MI, Minhat H S, Ahmad N, Ismail F, Kanthavelu C, Nurfarahin D, et al. Prevalence and factors associated with depression, anxiety and stress in Malaysia during COVID-19 pandemic: A systematic review. PloS one [Internet]. 2023. [cited 2023 Jul 10];18(7), e0288618. Available from: <URL><http://doi.org/10.1371/journal.pone.0288618>
- Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. NewYork Harper Row; 1967.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ปิยะนงค์เอ็นเตอร์ไพรซ์, 2558.
- เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561.
- Boland R, Verduin ML, Ruiz P. Kaplan & Sadock's CONCISE TEXTBOOK OF CLINICAL PSYCHIATRY. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2023.
- American Psychiatric Association [Internet]. What is depression?; 2023 [cited 2023 Dec 10] Available from: <URL> <http://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- พีรพันธ์ ลีอนุญวรัชชัย. โรคซึมเศร้า. ใน: อพรพรรณ ลีอนุญวรัชชัย, พีรพันธ์ ลีอนุญวรัชชัย, บรรณาธิการ. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส, 2553. หน้า 1-27.

14. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคซึมเศร้า. ใน: สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกันานนท์, บรรณานิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2558. หน้า 212-8.
15. Gautam S, Jain A, Gautam M, Vahia V, Grover S. Clinical practice guidelines for the management of depression. *Indian journal of psychiatry* 2017;59(51):534-51.
16. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 2002;3(2):39-77.
17. World health organization. The ICD-10 classification of mental and disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World health, 1992.
18. PsychDB [Internet]. Biopsychosocial model and case formulation; 2024 [cited 2024 Jan 27] Available from: <URL> <http://www.psychdb.com/teaching/biopsychosocial-case-formulation#biopsychosocial-model-and-case-formulation>.
19. ปราโมทย์ สุกนิชย์. แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิชย์, บรรณานิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2558. หน้า 21-27.
20. ศิริจิตร์ สุทธิจิตต์, พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า. ใน: สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกันานนท์, บรรณานิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2558. หน้า 49-110.
21. ปรียพันธ์ สละสวัสดิ์, อุ๋นจิตร์ คุณารักษ์, ปรีชญา ฤทธิพันธ์ม่วง. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา* 2559;10(2):50-9.
22. Dobson KS, Dozois DJ. Introduction: Assessing risk and resilience factors in models of depression. In *Risk factors in depression*. Elsevier, 2008:p.1-16.
23. Chinvararak C, Kirdchok P, Lueboonthavatchai P. The association between attachment pattern and depression severity in Thai depressed patients. *PLOS ONE* 2021;16(8).
24. ศรีัญญา ซาญสุข และ สัจจิตตา ฤทธิมนตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานใน สถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2566;37(3):77-91.
25. อาถนติ เพิ่มธรรมสิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2559;13(2):87-96.
26. ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: แนวคิดพื้นฐานและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์, 2566.
27. ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภาภัทร เสงอุดมทรัพย์, ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์, ธนวรรณ อาษารัฐ, ลิริพิมพ์ ชูปาน, พรพรรณ ศรีโสภา. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา* 2558;23(4):1-15.
28. D'Zurilla TJ. Problem-solving therapies. In: Dobson KS, Editor. *Handbook of Cognition-behavioral therapies*. London: Hutchinson, 1988. p.85-135.
29. Sebern M. Shared care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of advanced nursing* 2005;52(2):170-9.
30. Durand VM, Barlow DH, Hofmann SG. *Essentials of Abnormal Psychology*. 8th ed. Singapore: Cengage, 2019.
31. วีระ ดุลยชูประภา, ชมภูษุ วีระวัชรชัย, ทวนธน บุญลือ. ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในด้านการขาดงานและการด้อยความสามารถในผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Science (TBPS)* 2559;11(2):1-12.
32. Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. Acute Risk of Suicide and Suicide Attempts Associated With Recent Diagnosis of Mental Disorders: A Population-Based, Propensity Score-Matched Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry* 1971;59(10):531-38.

33. ประสบสุข ศรีแสนปาง. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความลุ่มลึกในการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561;41(1):129-40.
34. สมภาพ เรื่องตระกูล. จิตสังคัมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2552.
35. นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2563;32(1):75-88.
36. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. การพยาบาลบุคคลที่มีโรคอารมณ์แปรปรวน. ใน: อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประกายุทธไทร, พวงเพชร เกษรสมุทร, วาริรัตน์ ถาน้อย. บรรณาธิการ, การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2557. หน้า 385-98.
37. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.
38. พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. จิตบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ใน: สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกานานนท์; บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2558. หน้า 363-390.
39. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. จิตสังคัมบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ใน: สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกานานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2558. หน้า 403-420.
40. เกษร สายธนู, กิ่งกาญจน์ ชูเมือง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา. ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(2):125-36.
41. พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ท้ายรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, จินตนา ลีจงเพิ่มพูน. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561;32(1):49-65.
42. ธวัชชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560;31(1):60-74.
43. สมบัติ สกกุลพรรณ, สุทิศ กุลชัย, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหากลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559;30(3):109-20.
44. Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla TJ. Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual. New York, NY: Springer Publishing Company, 2013.
45. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention. New York: Springer Publishing, 2007.
46. D'Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A. Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. Behavior Therapy 1995; 26:409-32.
47. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification, Journal of Abnormal Psychology 1971;78:107-26.

(Original Article)

The Effects of Interactive Video Animation “Active Knowledge Stress of Flight” on Knowledge Stress of Flight Among Third Year Air Force Student Nurses, Academic Year 2024

Sqn.Ldr.Tuangthip Ladawan M.S.N. (Adult Nursing), Wg.Cdr.Jirapinya Kumrat Ph.D.**

*Air Force Student Nurse Kotchanipa Boonploy***

**Adult Nursing Department, ** Air Force Student Nurses, Royal Thai Air Force Nursing College, Bangkok, Thailand*

Correspondence to : tuangthip.b@hotmail.com

(Received : 4 Mar 25, Revised : 12 June 25, Accepted : 17 June 25)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the knowledge scores on stress of flight among Air Force student nurse before and after using the interactive animation “Active Knowledge Stress of Flight” and to compare the knowledge scores between students who used the animation and those who engaged in self-directed learning. The sample consisted of 60 third-year Air Force student Nurse enrolled in the academic year 2024 who had received training on stress of flight from aviation medicine nurses at the Institute of Aviation Medicine, Royal Thai Air Force. The research instruments included the interactive animation video “Active Knowledge Stress of Flight,” covering 11 aspects of stress of flight, and a 30-item knowledge test administered as a pre-test and post-test. Descriptive statistics, including frequency distribution, mean, and percentage, were used for demographic data analysis. A paired t-test was used to analyze pre-test and post-test knowledge scores, with a significance level of 0.05. Results indicated that the mean post-test knowledge scores were 22.63 (S.D. = 2.76) for the animation group and 19.63 (S.D. = 4.39) for the self-directed learning group. An independent t-test revealed a statistically significant difference in knowledge scores between the two groups ($t = 3.17, p < 0.05$). In conclusion, the “Active Knowledge Stress of Flight” animation effectively enhanced knowledge and comprehension of stress of flight and can be utilized as a learning tool for knowledge reinforcement in aviation nursing education.

Keywords : *Stress of flight, Animation, Air Force Student Nurse*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 1 January - June 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ผลของการใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” ต่อความรู้เรื่องความเครียดจากการบินในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567

น.ต.หญิง ดวงทิพย์ ลดาวัลย์ พย.ม.*(การพยาบาลผู้ใหญ่), น.ท.หญิง จิรภิญญา คำรัตน์ พย.ต.*, นพอ.กชนิภา บุญพลอย**
*ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กองการศึกษา **นักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้อันเกี่ยวกับความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight ก่อนและหลังใช้สื่อ และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight และกลุ่มควบคุมที่เรียนรู้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 60 คน ซึ่งผ่านการอบรมเรื่องความเครียดจากการบิน โดยพยาบาลเวชศาสตร์การบินจากสถาบันเวชศาสตร์การบิน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 11 ประเภทของความเครียดจากการบิน และแบบทดสอบความรู้เรื่อง ความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) จำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งเป็นแบบทดสอบก่อนเรียน และแบบทดสอบหลังเรียน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และวิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่อง ความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ก่อน และหลังการให้ความรู้ ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ของกลุ่มที่ใช้สื่อแอนิเมชันแบบมีปฏิสัมพันธ์อยู่ที่ 22.63 (S.D. = 2.76) ในขณะที่กลุ่มที่เรียนรู้ด้วยตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 19.63 (S.D. = 4.39) ตามลำดับ ผลการทดสอบ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.17, p < 0.05$) โดยสรุปสื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight เป็นสื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการช่วยทบทวนและเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดจากการบินในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

คำสำคัญ : ความเครียดจากการบิน, สื่อแอนิเมชัน, นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเครียดจากการบิน⁽¹⁾ (Stress of Flight) เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของมนุษย์ อันเนื่องมาจากการเดินทางทางอากาศที่มีการเปลี่ยนแปลงความกดอากาศ ความหนาแน่น อุณหภูมิ ความชื้นและสภาพอากาศในชั้นบรรยากาศที่สูงขึ้นไป หรือผลมาจากสภาพของอากาศยาน ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการบินมีทั้งหมด 11 ประการ ได้แก่ ภาวะความกดดันย่อยของออกซิเจนลดลง (Decreased partial pressure of oxygen), การเปลี่ยนแปลงความกดดันบรรยากาศ (Barometric pressure change), ภาวะความชื้นลดลง (Decrease humidity), การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ (Thermal changes), การ

สั่นสะเทือน (Vibration), เสียงดังหรือเสียงรบกวน (Noise), ความเหนื่อยล้า (Fatigue), แรงโน้มถ่วง (Gravitation forces), การหลงสภาพการบิน (Spatial disorientation), การเวียนศีรษะจากแสงตัดไปพัด (Flicker vertigo) และการสูดดมกลิ่นไอน้ำมัน (Fuel vapors) ผลกระทบของความเครียดจากการบินอาจทำให้เกิดอันตรายขณะทำการลำเลียงทางอากาศ พยาบาลเวชศาสตร์การบินจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบหรืออันตรายกับผู้ป่วย

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ มีวิสัยทัศน์เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลคุณภาพ เพื่อกองทัพอากาศและประชาชน และโดดเด่นด้านการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น เพื่อให้บรรลุตาม

วิทยาลัยดังกล่าว จึงกำหนดให้การพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้นเป็นเอกลักษณ์ของสถาบัน ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561 จึงกำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้นในทุกรายวิชาทางการพยาบาลภาคทฤษฎี และมีการฝึกปฏิบัติลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 4 ซึ่งในการเรียนการสอนในรายวิชาเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น มีการศึกษาในเรื่อง สรีรวิทยาการบิน การจัดผังบรรทุก หลักการลำเลียงการพยาบาลผู้ป่วยทางอากาศ และผลกระทบของความเครียดจากการบินต่อผู้ป่วยประเภทต่างๆ จากการสำรวจนักเรียนพยาบาลทหารอากาศที่ผ่านการเรียนในรายวิชาการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น ต่อเนื้อหาในรายวิชาดังกล่าว จำนวน 92 คน พบว่าเนื้อหาที่มีความยากและซับซ้อนมากที่สุดคือ เรื่องความเครียดจากการบิน คิดเป็น ร้อยละ 57.60 เรื่องการวางแผนหรือจัดผังบรรทุก คิดเป็น ร้อยละ 21.75 และเรื่องสรีรวิทยาการบิน คิดเป็น ร้อยละ 20.65 ตามลำดับ และจากผลการสอบในรายวิชาการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น ปีการศึกษา 2566 หัวข้อความเครียดจากการบิน พบว่านักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 4 คะแนนสอบไม่ผ่าน ร้อยละ 60 จำนวน 45 คน คิดเป็น ร้อยละ 75 โดยการจัดการเรียนการสอนเป็นรูปแบบการบรรยายหน้าชั้นเรียนเพียงอย่างเดียว

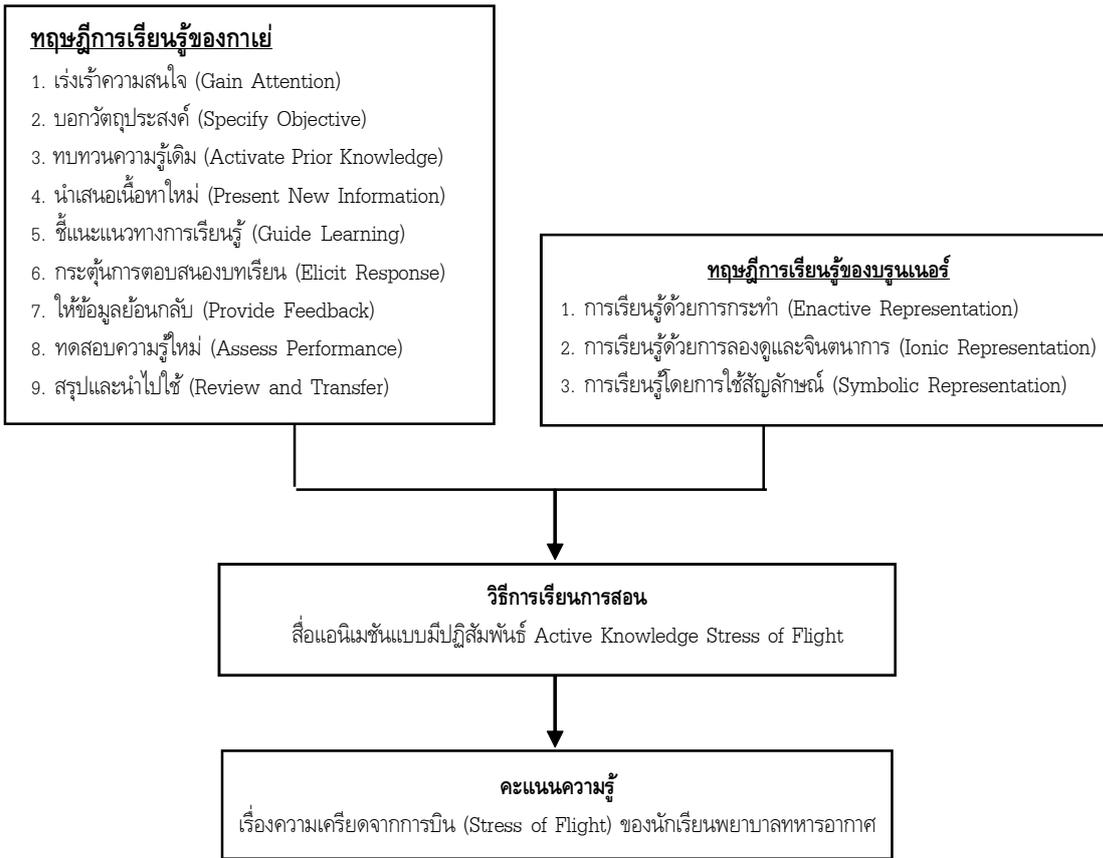
จากการศึกษาของ วรัญญา สัมผัสสวัสดิ์, ศิริรัตน์ เพ็ชรแสงศรี และสมเกียรติ ตันติวังศ์วานิช⁽²⁾ เรื่องผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงด้วยการ์ตูนแอนิเมชันที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องเครื่องหมายและสัญลักษณ์ทางดนตรีสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมใหม่วัดทรงทองในพระราชูปถัมภ์ฯ ปีการศึกษา 2557 ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงด้วยการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่องเครื่องหมายและสัญลักษณ์ทางดนตรีสูงกว่านักเรียนที่เรียน ด้านวิธีการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น การเรียนรู้ในรูปแบบสื่อแอนิเมชันจึงมีความสำคัญอย่างมากในการ

พัฒนาศักยภาพผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมีความสนใจและเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น มีความพร้อมที่จะเปิดรับความรู้เนื้อหาต่างๆ ที่ผู้สอนต้องการถ่ายทอด ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่เร็วยิ่งขึ้น และสามารถจดจำเนื้อหาที่ยากต่อการทำความเข้าใจได้ และนำความรู้ไปถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่น ดังนั้นสื่อจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจและจดจำเนื้อหาเมื่อเปรียบเทียบกับ การอ่านหนังสือจำนวนมาก หรือการได้รับการเรียนการสอนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับทฤษฎีประสบการณ์เอดการ์ เดล ที่กล่าวว่าการฟังบรรยาย การอ่านหนังสือ ผู้เรียนจะสามารถรับรู้ข้อมูลได้เพียง ร้อยละ 10-20 แต่การใช้ภาพและเสียงหรือวิดีโอมาเป็นตัวช่วยในการเรียนรู้ ผู้เรียนจะสามารถรับรู้ข้อมูลดังกล่าวได้มากถึงร้อยละ 30-50⁽³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Madona Gioredze and Marine Dgebudze⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่าสำหรับกระบวนการเรียนรู้แบบตั้งรับ (Passive learning) ผู้เรียนจะสามารถจดจำเนื้อหาได้เพียงร้อยละ 30 ในขณะที่กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) ผู้เรียนจะสามารถจดจำเนื้อหาได้ถึงร้อยละ 90

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและการทำความเข้าใจในเนื้อหาการเรียนการสอนหัวข้อความเครียดจากการบิน และผลกระทบของความเครียดจากการบิน ผู้วิจัยจึงเลือกจัดทำสื่อการเรียนการสอนในรูปแบบสื่อแอนิเมชันที่มีภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบกับการใช้สื่อที่มีสถานการณ์ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับสื่อการสอน Active Knowledge Stress of Flight ที่เป็นผลผลิตจากรายวิชานวัตกรรมเพื่อการพัฒนามาใช้เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้นักเรียนพยาบาลทหารอากาศเกิดการเรียนรู้ภายนอกห้องเรียน สามารถนำมาทบทวนทำความเข้าใจนอกเวลาเรียน และนำความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้ในการเรียนรายวิชาการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้นหรือการฝึกในสถานการณ์ต่างๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ (Gagne) และทฤษฎีการเรียนรู้ของ บรุนเนอร์ (Bruner) มาเป็นแนวคิดในการผลิตสื่อการเรียนรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของผู้เรียน



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มทดลองหลังใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight สูงกว่าก่อนใช้สื่อ

2. คะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ

ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight ก่อนและหลังใช้สื่อ และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เรียนรู้ด้วยตนเองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 60 คน ช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2567

นิยามตัวแปร

1. แอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ Active Knowledge Stress of Flight หมายถึง สื่อการเรียนการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 11 ความเครียดจากการบินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีระของร่างกายที่จะเปลี่ยนแปลงเมื่ออยู่บนอากาศยาน

2. คะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน หมายถึง สิ่งที่ได้มาจากการศึกษาเกี่ยวกับ 11 ความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) จากการใช้สื่อแอนิเมชัน และการเรียนรู้ตามปกติ ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบทดสอบความรู้ เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) แบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. การเรียนรู้ด้วยตนเอง หมายถึง การเรียนรู้และทบทวนเนื้อหาผ่านเอกสารประกอบการสอน เรื่องความเครียดจากการบินที่ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมขึ้น

4. ความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อทำการบินขึ้นในที่สูง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น : สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ Active Knowledge Stress of Flight

ตัวแปรตาม : คะแนนความรู้ เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- นำสื่อแอนิเมชันมาใช้ในการทบทวนความรู้ก่อนการฝึกในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การฝึกนภาภิรักษ์ การฝึกนภาภิบาล และการฝึกพร้อม พตท.
- นำความรู้ที่ได้จากสื่อแอนิเมชันไปใช้ เพื่อใช้ในการทบทวนในรายวิชาการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight)
- นำผลการวิจัยไปอ้างอิง การใช้สื่อแอนิเมชัน มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนในเรื่องอื่นๆ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight ก่อนและหลังใช้สื่อ และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เรียนรู้ด้วยตนเองของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 63 คน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 60 คน วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- เป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567
- เป็นผู้ที่ผ่านการอบรม เรื่องความเครียดจากการบิน โดยพยาบาลเวชศาสตร์การบิน จากสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ ตามแผนการผลิตบัณฑิต (AIRNC1) ในโครงการยกระดับกระบวนการพัฒนานักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ให้มีสมรรถนะด้านการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น ประจำปีการศึกษา 2567

3. กลุ่มตัวอย่างมีอุปกรณ์สื่อสารในรูปแบบสมาร์ทโฟน และแท็บเล็ตที่เชื่อมต่อเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

- ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

- สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ "Active Knowledge Stress of Flight" เรื่อง 11 ความเครียดจากการบิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบรุนเนอร์ (Brunner) และทฤษฎีการสอนด้วยสื่อของกาเย่ (Gagne) ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีระของร่างกายที่จะเปลี่ยนแปลงเมื่ออยู่บนอากาศยาน อีกทั้งวิธีการดูแลและการป้องกันในเบื้องต้นที่มีการนำเสนอในรูปแบบแอนิเมชัน ลักษณะเป็นภาพเคลื่อนไหว พร้อมมีเสียงบรรยายประกอบเนื้อหา อีกทั้งภายในแอนิเมชันมีโหมดการเลือกใช้งานสำหรับบุคคลที่ต้องการทบทวนเนื้อหาเฉพาะข้อหรือโหมดเริ่มต้นสำหรับผู้สนใจเริ่มต้นในเนื้อหาที่สามารถดูเฉพาะวิดีโอ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และผลการเรียนสะสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่อง ความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ

จัดทำเป็นสองชุด ใช้หลักในการทำแบบสอบถามชนิดคู่ขนาน เพื่อใช้สอบถามก่อนและหลังการทดลอง โดยชุดก่อนทดลองมีจำนวนข้อชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ นำไปทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.96 มีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรครูดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ 0.74 และชุดหลังเรียนมีจำนวน 30 ข้อ ชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ นำไปทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.90 มีค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรครูดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ 0.81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลการใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ "Active knowledge Stresses of flight" ต่อความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ภายหลังสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ "Active knowledge Stresses of flight" ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมวิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยแก่นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 เพื่อหาผู้ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

2. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และให้ลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่า การวิจัยในครั้งนี้จะไม่ผลต่อคะแนนในรายวิชาการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น

3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน จำนวน 30 ข้อ โดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 40 นาที และสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยขณะทำแบบทดสอบความรู้

4. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้งานเครื่องมือในการทดลองให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

- 4.1 อธิบายวิธีการเข้าใช้งานเครื่องมือ ข้อจำกัดและโหมดต่างๆ ของการใช้งานสื่อแอนิเมชัน "Active knowledge Stress of Flight" กับกลุ่มทดลอง

- 4.2 อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัยให้กับกลุ่มควบคุม โดยการศึกษาด้วยตนเองผ่านเอกสารการเรียนรู้ และทบทวนเนื้อหาผ่านเอกสารประกอบการสอน เรื่องความเครียดจากการบินที่ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมขึ้น

5. ในระหว่างการดำเนินการวิจัย 2 สัปดาห์

- 5.1 มีการติดตามกลุ่มทดลองในการใช้สื่อ และกลุ่มควบคุมในการศึกษาด้วยตนเอง 3 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 6 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาในการศึกษา 15-30 นาที โดยติดตามผ่าน Google form เนื่องจากมีข้อจำกัดในระยะเวลาของการทำวิจัย

- 5.2 ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ได้ติดตามการเก็บข้อมูลโดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง

6. จากนั้น 3 วัน ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้หลังเรียน จำนวน 30 ข้อ หลังดูสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ "Active knowledge Stress of Flight" และการศึกษาด้วยตนเอง โดยใช้เวลาทำแบบทดสอบ 40 นาที และสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยขณะทำแบบทดสอบ

7. ภายหลังเสร็จสิ้นการทำแบบทดสอบความรู้ได้ทำการอภิปรายผลสิ่งที่ได้เรียนรู้ และข้อเสนอแนะร่วมกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้กันมากขึ้นเกี่ยวกับการพยาบาลเวชศาสตร์การบิน ในหัวข้อเรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยมีข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. คะแนนความรู้เรื่อง ความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ก่อน และหลังการให้ความรู้ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยการทดสอบค่าที่แบบไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples) เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

- 5.3 คะแนนความรู้เรื่อง ความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ก่อนและหลังการให้ความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยการทดสอบค่าที่แบบเป็นอิสระจากกัน (t-test for independent samples) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยในคน ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย อธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมั่นใจว่าการเข้าร่วมวิจัยนี้ ไม่มีผลต่อการประเมินผลการเรียนหรือเกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนแต่อย่างใด และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมไม่สามารถระบุข้อมูลเป็นรายบุคคลได้ ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้เข้าร่วมวิจัยการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหลังการวิจัยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับสื่อแอนิเมชันแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” อย่างเท่าเทียม เพื่อใช้สำหรับทบทวนความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจเตรียมการเรียนการสอนและทบทวนสำหรับรายวิชาการพยาบาลเวชศาสตร์การบินเบื้องต้น

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ซึ่งเป็นการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อน และหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” ต่อความรู้เรื่องความเครียดจากการบินในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยได้ทำการเก็บข้อมูลกับนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 30 คน และกลุ่มที่ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเอกสารประกอบการสอน จำนวน 30 คน

ทำการวิเคราะห์และประเมินผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 54 คน คิดเป็น ร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุ 19-20 ปี จำนวน 37 คน คิดเป็น ร้อยละ 61.7 มีผลการเรียนเฉลี่ยรวม (GPAX) ระหว่าง 2.50-2.99 มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 50 (30 คน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ยรวม (GPAX) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ					
ชาย	3	3		6	10
หญิง	27	27		54	90
อายุ (ปี)			20.45		
19-20 ปี	18	19		37	91.7
21-22 ปี	12	10		22	36.7
23-24 ปี	0	1		1	1.7
ผลการเรียนเฉลี่ยรวม (GPAX)			3.02		
>3.50	2	1		3	5
3.00-3.49	13	13		26	43.3
2.50-2.99	15	15		30	50
<2.49	0	1		1	1.7

คะแนนความรู้ เรื่องความเครียดจากการบิน ก่อนและหลังการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เมื่อทดสอบด้วย Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stresses of Flight” มีค่าเท่ากับ 15.47 (S.D.=2.87)

และหลังการเรียนรู้ มีค่าเท่ากับ 22.63 (S.D.=2.76) พบว่า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t=-9.85, p<0.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการเรียนรู้ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีค่าเท่ากับ 16.93 (S.D.=3.24) และหลังการเรียนรู้ มีค่าเท่ากับ 19.63 (S.D.=4.39) พบว่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-2.81, p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เรื่อง ความเครียดจากการบิน ก่อนและหลังการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้	ก่อนการเรียนรู้		หลังการเรียนรู้		df	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
กลุ่มทดลอง	15.47	2.87	22.63	2.76	29	-9.85	<0.001*
กลุ่มควบคุม	16.93	3.24	19.63	4.39	29	-2.81	0.004*

* $p<0.05$

ส่วนที่ 3 คะแนนความรู้ เรื่องความเครียดจากการบิน ก่อนและหลังการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stresses of Flight” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เท่ากับ 15.47 (S.D.=2.87) และ 16.53 (S.D.=2.52) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่องความเครียดจากการบินระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t= -1.53, p= <0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังการทบทวนความรู้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stresses of Flight” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เท่ากับ 22.63 (S.D.= 2.76) และ 19.63 (S.D.= 4.39) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่องความเครียดจากการบิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” และกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.17, p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เรื่อง ความเครียดจากการบิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stresses of Flight” และ กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง

คะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
ก่อนการเรียนรู้	15.47	2.87	16.53	2.52	58	- 1.53	0.07
หลังการเรียนรู้	22.63	2.76	19.63	4.39	48.83	3.17	0.001*

* $p<0.05$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” ต่อความรู้ เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ในนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มทดลองหลังใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight สูงกว่าก่อนใช้สื่อ

จากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” มีค่าเท่ากับ 15.47 (S.D.=2.87) และหลังการเรียนรู้มีค่าเท่ากับ 22.63 (S.D.=2.76) พบว่า คะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 สูงกว่าก่อนการใช้สื่อแอนิเมชัน Active Knowledge Stress of Flight อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-9.85, p<0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” ที่มีภาพอินโฟกราฟฟิกการประกอบ เสียงกระตุ้นความสนใจและให้กลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อ ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” พัฒนาขึ้นภายใต้หลักการสอนตามแนวคิดของกาเย่ โดยยึดหลักการนำเสนอเนื้อหาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ต้องมีหลักการสอน และองค์ประกอบ 9 ประการ ได้แก่ การสร้างความสนใจ การตั้งคำถาม การบอกวัตถุประสงค์ การกระตุ้นความจำผู้เรียน การเสนอเนื้อหา การยกตัวอย่าง การฝึกปฏิบัติการให้คำแนะนำเพิ่มเติม การสอบ และการนำไปใช้กับงานที่ทำ ส่งผลให้ผู้เรียน คือ นักเรียนพยาบาลทหารอากาศ กลุ่มทดลอง เกิดความเข้าใจในเนื้อหาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียน

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนความรู้เรื่องความเครียดจากการบิน (Stress of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 กลุ่มทดลองที่ใช้สื่อ

แอนิเมชัน “Active Knowledge Stress of Flight” สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง

จากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังการทบทวนความรู้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stresses of Flight” มีค่าเท่ากับ 22.63 (S.D.= 2.76) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีค่าเท่ากับ 19.63 (S.D.= 4.39) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับความเครียดจากการบิน (Stresses of Flight) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ชั้นปีที่ 3 ของกลุ่มทดลองภายหลังการเรียนรู้ด้วยสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=3.17, p<0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ที่พบว่าสื่อแอนิเมชันมีผลต่อการทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เร็ว และผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียน และหลังเรียนของผู้เรียนที่เรียนด้วยสื่อการสอนแอนิเมชัน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการเรียนรู้ที่ดีควรมีภาพประกอบเพื่อส่งเสริมความเข้าใจในเนื้อหา การสร้างสื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stress of Flight” ของผู้วิจัยมีภาพอินโฟกราฟฟิกการประกอบที่มีข้อความสั้นๆ เป็นประโยคที่เข้าใจง่าย เสียงที่กระตุ้นความสนใจช่วยให้เกิดความจดจำได้ดี และให้กลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อ

ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลผลการวิจัยไปใช้
 - ควรใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ “Active Knowledge Stresses of Flight” ในการทบทวนความรู้หลังการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้
 - สนับสนุนการใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้ เช่น การผสมผสานข้อมูลที่เข้าภาพประกอบและเสียง
- ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
 - ควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับความเครียดจากการบินที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่ละระบบ
 - พัฒนาการใช้สื่อแอนิเมชันวิดีโอใน Line OA เพื่อเพิ่มความหลากหลายในการเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ. (2560). การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ.
2. วรัญญา ลีลิ่งสวัสดิ์,ศิริรัตน์ เพ็ชรแสงศรี และสมเกียรติ ตันตวิวงศ์วณิช.(2558). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงด้วยการ์ตูนแอนิเมชันที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน. วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม, 14(3),612-3.
3. Davis, Beverly. (2015). Applying Dale's Cone of Experience to increase learning and retention: A study of student learning in a foundational leadership course. QScience Proceedings. 2015. 6. 10.5339/qproc.2015.wcee2014.6.
4. Giorgdze, Madona & Dgebuadze, Marine. (2017). INTERACTIVE TEACHING METHODS: CHALLENGES AND PERSPECTIVES. IJAEDU-International E-Journal of Advances in Education. 544-548. 10.18768/ijaedu.370419.
5. ภวิกา ภักษา และ นิรมล จันท์สุวรรณ. (2565). การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ สำหรับผู้เรียน Generation Z LEARNING MANAGEMENT WITH STUDENT- CENTERED LEARNING FOR GENERATION Z LEARNERS. วารสารบัณฑิตวิจัย. 13(2),4.
6. มาณี หน้าคนาคุปต์. (2565). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์แบบมีปฏิสัมพันธ์เรื่องการทำคลอดต่อความรู้ ความมั่นใจ ทักษะปฏิบัติการคลอดต่อความรู้ความมั่นใจ ทักษะปฏิบัติการทำคลอด และความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารสภาการพยาบาล, 37(2), 81-93.
7. วราพร คำจับ. (2566). การออกแบบสื่อแอนิเมชันเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม, 9(1),2-18.
8. สุริย์ฉาย คิดหาทอง. (2565). ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนต่อความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(1),14-25.
9. ชนิดาภา ขอสุข, สุภาพพัทธ์ หาญกล้า และวรนุช ไชยวาน. ผลของการเรียนรู้แบบร่วมมือโดยใช้วิธีการแข่งขันที่เกมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาความรู้รอบยอดทางการพยาบาลมารดาและทารกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,216-25.
10. Ismail M.E., Irwan Mahazir I., Othman H., Amiruddin M.H. and Ariffin A. (2023). The use of animation video in teaching to enhance the imagination and visualization of student in engineering drawing. Available from: <URL> <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1757-899X/203/1/012023>
11. Nida Rashid, Nadira Khanum, Fazal Rahim Khan.(2024). The Effect of Animation as a Teaching Tool on Students' Learning -an Experimental Study.Media Literacy and Academic Research,7(1),129. Available from: <URL> https://www.researchgate.net/publication/381376172_The_Effect_of_Animation_as_a_Teaching_Tool_on_Students%27_Learning_-_an_Experimental_Study.
12. Muhammad RUSLI & I Komang Rinantha Yasa NEGARA.(2017). The effect of animation in multimedia computer-based learning and learning style to the learning results, Turkish Online Journal of Distance Education,18(4), 177-190.
13. Miner MA, Mallow J, Theeke L, Barnes E.(2015).Using Gagne's 9events of instruction to enhance student performance and course evaluations in undergraduate nursing course. Nurse educator,40(3),152-4.

(Original Article)

Experts' Perspectives on a Frontier in Preventable Cancers Prevention: A Qualitative Study

Soparn Potaya D.N.S, Vilaiwan Thongcharoen Ph.D.

Princess Agramarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

Correspondence to : soparn.pot@cra.ac.th

(Received : 31 May 25, Revised : 18 June 25, Accepted : 18 June 25)

Abstract

Cancer is a leading cause of death in Thailand. Approximately 40 % of cancer can be prevented by changing behaviors or avoiding cancer risk factors. This qualitative research aims to explore experts' perspectives on a frontier in preventable cancers prevention. Individual, in-depth interviews with thirty experts on cancer were selected using stratified purposeful sampling. A qualitative content analysis of the data revealed that the frontier in cancer prevention was determined by seven factors, including 1) setting clear policies and goals; 2) local area data utilization; 3) reaching the target audience; 4) promoting health literacy; 5) working with the local community; 6) vaccination; and 7) monitoring, evaluating the results, and improving the plan. These findings can be used to determine strategy for cancer prevention according to needs and suitable for the context of Thailand.

Keywords : cancer, cancer prevention, health behavior, health service system

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 1 January - June 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ

โสพรรณ โปะทะยะ พย.ด., วิไลวรรณ ทองเจริญ ค.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย กว่าร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งสามารถป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจแนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ วิธีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบแบ่งชั้นตามวัตถุประสงค์ (stratified purposeful sampling) จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาพบว่าแนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน 2) การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในพื้นที่ 3) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 4) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) การดำเนินงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่ 6) การฉีดวัคซีนป้องกัน และ 7) การติดตามประเมินผลและนำไปปรับปรุงแก้ไข ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สอดคล้องกับความต้องการและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

คำสำคัญ : โรคมะเร็ง, การป้องกันโรคมะเร็ง, พฤติกรรมสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก ซึ่งร้อยละ 30-50 ของโรคมะเร็งสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นทุกปี⁽²⁾ ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 40 มักมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 5 เท่า และเพิ่มโอกาสที่จะประสบกับภาวะทางการเงินขึ้นอีก 2 เท่า⁽³⁾ ส่งผลกระทบต่อภาคครัวเรือน สังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีการเบิกจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยในโครงการมะเร็งรักษาที่หนักก็ได้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวม 3,494 ล้านบาท⁽⁴⁾ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้รายงานข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 140,799 คน เป็นเพศชาย 67,677 คน เพศหญิง 73,122 คน⁽⁵⁾ และโดยที่โรคมะเร็งเกิดจากเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติ ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ลุกลามและแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย แม้สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งจากปัจจัยภายในร่างกาย เช่น กรรมพันธุ์ที่ผิดปกติ ความไม่สมดุลทางฮอร์โมน ภาวะทุพโภชนาการ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง และจากปัจจัยภายนอกที่ร่างกายซึ่งสามารถป้องกันได้ ได้แก่ สารเคมีบางชนิด รังสี การติดเชื้อ และพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น⁽⁶⁾

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมของผู้คนในปัจจุบันร่วมกับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย นำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ทุกประเทศจัดทำมาตรการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary prevention) โดยต้องมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสามารถวัดผลได้ และร่วมกันผลักดันให้เรื่องนี้อยู่ในความสนใจของรัฐบาลหรือหน่วยงานภาครัฐของแต่ละประเทศ⁽¹⁾ ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National cancer control program) ครอบคลุมในทุกมิติ และถ่ายทอดลงสู่

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง (Service plan) เพื่อนำสู่การปฏิบัติในทุกเขตบริการสุขภาพทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนทั้งในเชิงนโยบายและมาตรการ ภายใต้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรอิสระและภาคประชาสังคม ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary prevention) เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่พบบ่อยและสามารถป้องกันได้ เช่น มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งได้ด้วยการหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยให้ประชาชนมีความตระหนักรู้และลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยง⁽⁷⁾ เช่น อาหารปลอดภัย การเลิกสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย มีแนวโน้มลดลง⁽⁸⁾ แต่อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง^(5,9) ขณะที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพมากขึ้น ได้แก่ การบริโภคกลุ่มเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวด กลุ่มอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ และกลุ่มอาหารไขมันสูง เป็นต้น⁽¹⁰⁾ การได้รับผลกระทบจากมลพิษทางอากาศที่มีฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ที่เกิดจากการเผาในที่โล่ง ไฟป่า การเผาไหม้ของ เชื้อเพลิงในเครื่องยนต์ และการก่อสร้าง⁽¹⁰⁾ การเพิ่มปริมาณของเสียและขยะอิเล็กทรอนิกส์ แต่ขาดการจัดการอย่างจริงจัง รวมทั้งการใช้สารเคมีทางการเกษตรและภาคอุตสาหกรรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่นำสู่การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งไม่ชัดเจน ไม่มีมาตรการทางกฎหมายเพื่อจัดการฝุ่นละอองเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ วิถีชีวิตของคนในสังคมเมือง ความเชื่อและวัฒนธรรมการบริโภคแต่ละท้องถิ่นที่ยากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งซึ่งเป็นผลจากวิถีชีวิตของคนชนบท⁽¹²⁾ การจัดกิจกรรม รมณรงค์ต่างๆ มักจัดในสถานพยาบาลหรือในเขตเมืองทำให้ไม่ครอบคลุมและทั่วถึง และวิธีการสื่อสารหรือถ่ายทอดความรู้ อาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ⁽¹³⁾ โดยเฉพาะการสร้างโมเดลใหม่ให้เกิดความเชื่อมั่นว่าโรคมะเร็งบางชนิดมีทางป้องกันได้ด้วย

รักษาสุขภาพ ใช้ชีวิตกินอยู่อย่างระมัดระวัง หรือการให้วัคซีน เพื่อป้องกันโรคเมเร็ง เช่น เมเร็งปากมดลูก เป็นต้น⁽¹⁴⁾ จึงเป็นประเด็นท้าทายและนำมาซึ่งวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคเมเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเมเร็ง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคเมเร็งที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคเมเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเมเร็งเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคเมเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเมเร็ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงคุณภาพ (Qualitative descriptive research) มุ่งให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่มาจากความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเมเร็งที่สามารถป้องกันได้ผ่านมุมมองของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเมเร็ง

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเมเร็งที่มีความรอบรู้ ประสบการณ์ เข้าใจในระบบบริการรักษาโรคเมเร็ง สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเมเร็ง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบแบ่งชั้นตามวัตถุประสงค์ (Stratified purposeful sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารสถาบันเมเร็งและโรงพยาบาลเมเร็ง และที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การศึกษาและการวิจัยเกี่ยวกับโรคเมเร็ง และกลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนระบบบริการรักษาโรคเมเร็ง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครอบคลุมผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Data saturation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลักในการวิจัยคือ ผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

เชิงลึก (In-depth interview) ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคเมเร็ง ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการป้องกันการเกิดโรคเมเร็ง (Primary prevention) และการทบทวนวรรณกรรมถึงศักยภาพและช่องว่างของการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมเร็งที่ผ่านมา ข้อคำถามจะเปิดให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นที่สะท้อนผ่านมุมมองเกี่ยวกับการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมเร็งอย่างอิสระ นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพปากกาและสมุดจดบันทึก พร้อมทั้งบันทึกเทปการสัมภาษณ์และการจดบันทึก

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัย 108/2563 วันที่อนุมัติ 18 ธันวาคม 2563 และผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัยโดยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวมเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความอนุเคราะห์การให้ข้อมูลในฐานะผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารองค์กร การเป็นที่ปรึกษา การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การศึกษา และการวิจัยเกี่ยวกับโรคเมเร็ง หรือผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนระบบบริการรักษาโรคเมเร็ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะขอนัดหมายเพื่อดำเนินการสัมภาษณ์ โดยยึดผู้ให้ข้อมูลเป็นศูนย์กลาง ด้วยการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ และรูปแบบในการสัมภาษณ์ ขึ้นอยู่กับความสะดวก ความพร้อม และความสบายใจของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบ

ปลายเปิด ซึ่งออกแบบให้เป็นธรรมชาติ มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการสนทนา เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง ผ่อนคลาย สร้างบรรยากาศร่วม โดยผู้วิจัยจะรับฟังข้อมูลต่างๆ อย่างตั้งใจ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองได้มากที่สุด พร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้เกิดความเข้าใจในบริบทที่เกิดขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยสามารถซักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้อย่างลุ่มลึก โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ระหว่างการสัมภาษณ์จะขออนุญาตบันทึกเสียงโดยต้องได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล พร้อมทำการจดบันทึก ในกรณีที่ไม่มีประเด็นที่ไม่ชัดเจนหรือยังไม่ครบถ้วนอาจมีการนัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมภายหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้องและชัดเจน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)⁽¹⁵⁾ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) วิเคราะห์และจัดระบบข้อมูล โดยการอ่านและจับประเด็น ผู้วิจัยอ่านรายละเอียดของเนื้อหา โดยอ่านข้อมูลหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจในแต่ละประเด็น ดึงวลีหรือกลุ่มคำสำคัญที่มีความหมายในเรื่องที่ศึกษา ทำการแยกแยะจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (categorizing) กำหนดรหัส (coding) โดยสร้างรหัสข้อมูลและเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างชุดข้อมูล ข้อมูลที่มีความหมายคล้ายหรือสัมพันธ์กันจะจัดรวมไว้ในกลุ่มเดียวกัน เขียนรายละเอียดของแต่ละประเด็นหรือประเด็นย่อย (sub-themes) และกำหนดประเด็นหลัก (main-themes) ที่สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มประเด็นย่อย ซึ่งสามารถบรรยายแนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งตามกรอบที่ต้องการศึกษา

2) การแสดงข้อมูล (data display) เป็นการนำข้อมูลที่มีการจัดอย่างเป็นระบบข้างต้นให้อยู่ในรูปแบบที่เห็นชัดเจน และเข้าใจง่าย สร้างข้อสรุปและการยืนยันข้อสรุป (conclusion drawing and verification) เป็นการนำข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบที่เห็นชัดเจนเพื่อนำไปตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) จะใช้แนวทางของ Lincoln และ Guba⁽¹⁶⁾

โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้ ประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญประเด็นที่ต้องการศึกษา ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวเข้าด้วยกันเพื่อลดอคติจากการเก็บข้อมูล ขณะเดียวกันผู้วิจัยได้ออกแบบกระบวนการทวนสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกันอยู่เป็นระยะเพื่อพิจารณาข้อมูลและข้อค้นพบที่ได้จนเกิดความถูกต้องและสมบูรณ์ เพื่อนำสู่การวิเคราะห์จนได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือร่วมกัน นอกจากนี้ยังได้นำผลข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วไปปรึกษาและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพอีกครั้ง เพื่อยืนยันผลการวิจัยว่าเป็นจริงตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยข้อมูลไม่ได้วิเคราะห์และตีความจากผู้วิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรอิสระ และภาคประชาสังคม ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง 18 คน เพศชาย 12 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง ใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 7 คน ประกอบด้วยผู้บริหารสถาบันมะเร็งและโรงพยาบาลมะเร็ง 6 คน ที่ปรึกษากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 1 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 18 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 6 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 10 คน นักวิชาการและนักวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 2 คน และกลุ่มที่ 3 ผู้มีส่วนสนับสนุนระบบบริการรักษาโรคมะเร็ง จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ก่อตั้งและผู้บริหารองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว 3 คน และสื่อมวลชนอาวุโสที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านการสื่อสารสุขภาพและการสนับสนุนระบบบริการรักษาโรคมะเร็ง 2 คน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล สามารถสรุปได้ว่า แนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติจากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน 2) การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในพื้นที่ 3) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

4) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) การดำเนินงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่ 6) การฉีดวัคซีนป้องกัน และ 7) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและนำผลไปปรับปรุงแก้ไข มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการรักษาโรคมะเร็งมากกว่าการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง การรณรงค์ป้องกันเป็นเพียงการใช้สื่อซึ่งไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนได้ และยังไม่มีการดำเนินการในการดำเนินการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่ชัดเจน ดังนั้น ภาครัฐควรมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ในการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดเชื้อ การให้ความรู้และมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ซึ่งเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง หากการควบคุมดังกล่าวได้ผลจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลงได้

“การป้องกันและการคัดกรอง น้ำหนักที่กระทรวงให้ มันน้อยกว่าน้ำหนักที่ไปอยู่ในแง่การรักษา หมายถึงว่าเราเน้นรักษามากกว่า *primary prevention* หรือว่า *secondary prevention* จริงๆ ถ้าในแง่มะเร็งมันได้ประโยชน์และคุ้มค่ามากกว่า แต่ว่าการเข้าถึงการป้องกันหรือคัดกรองมันยาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ในแง่ *prevention* ผมมองว่ามันยังหยุดอยู่แค่เรื่องของสื่ออย่างเดียว แต่มันยังไม่ลงเข้าไปเปลี่ยนพฤติกรรมจริงๆ ไม่มี *intervention* อะไรที่ทำให้เขาเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริงๆ หรือว่าในแง่เชิง *policy* สมมุติเรารู้ว่าเขากินเหล้า.. มาด้วยมะเร็งตับ โรงพยาบาลก็ตั้งรับอย่างเดียว เป็นมะเร็งตับแล้วก็รักษา แต่ไม่มีการป้อนข้อมูลกลับว่าการที่เขาทำพฤติกรรมแบบนี้ เขาต้องได้รับผลกระทบอะไรบ้าง เพราะเขาคิดแต่ว่าเขากิน เขาเครียด แล้วสุดท้ายรักษาก็มีคนรักษาให้ แต่เขาไม่ต้องจ่ายเงินหรือร่วมชดเชยในสิ่งที่เขาทำในแง่ของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเลย ผมว่าถ้ามีสักหน่อยก็น่าจะทำให้เรื่องพวกนี้ไปได้ง่ายขึ้น มันต้องเชิง *policy* สุดท้ายมันก็ต้องมีกฎระเบียบอะไรมาบังคับให้ปรับเปลี่ยนไม่เช่นนั้นก็ไปต่อไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของรัฐบาลที่จะพยายามจัดการกับโรคพวกนี้ใหม่ การควบคุม

สิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพ น้ำเสีย การใช้พลาสติก พลาสติกที่ปนมาในอาหาร หรือลักษณะของการปรุงอาหาร การกินอาหารที่ดูไม่ค่อยมีสุขภาพดี ในส่วนของการควบคุมโรคติดเชื้อ มันเป็นไปได้ ในส่วนนี้เป็นส่วนที่เราให้ความรู้ด้านสุขภาพได้ เราสามารถที่จะควบคุมเรื่องการใช้น้ำมันไขมันทรานส์อาหารบึงย่าง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง มันสามารถที่จะควบคุมได้อยู่ ถ้าจัดการควบคุมทั้งการติดเชื้อกับเรื่องของเหล่านี้ได้ดี โรคมะเร็งจะหายไปเยอะมาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ต้องนโยบายของผู้บริหารด้วยว่ามีความชัดเจนขนาดไหน ซึ่งตรงนี้เขาต้องรับถ่ายทอดมาจากรัฐบาลอีกทีหนึ่ง นโยบายการบริหารมันมีผลต่อระดับปฏิบัติการที่จะปฏิบัติงานได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 25)

2) การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในพื้นที่

ที่ผ่านมาการประชาสัมพันธ์หรือการรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ยังไม่มีการนำเอาข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งของชุมชนนั้นๆ มาใช้ประโยชน์ หรือใช้ประโยชน์จากข้อมูลของชุมชนมาวางแผนบริหารจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งค่อนข้างน้อย ดังนั้น แนวทางการป้องกันโรคหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งจำเป็นต้องมีการนำข้อมูลสถิติของแต่ละพื้นที่หรือชุมชนมาใช้ประโยชน์ แต่ละพื้นที่หรือชุมชนมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง ประเภทใด วิเคราะห์หาสาเหตุ และวางแผนบริหารจัดการเพื่อจัดสาเหตุและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบในพื้นที่หรือชุมชนนั้นๆ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาได้ตรงจุด

“การประชาสัมพันธ์หรือการรณรงค์ที่พบบ่อยยังขาดการใช้ข้อมูลที่พบในการเกิดโรคมะเร็งของแต่ละชุมชนมาเป็นฐานในการรณรงค์ และวางแผนการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้น แต่ยังไม่แพร่หลายและไม่ชัดเจนเท่าที่ควร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 28)

“การจัดการกับปัจจัยก็คือการศึกษา ให้คนใช้รู้ว่าแต่ละโรคมันเกิดขึ้นยังไง ในตัวเลขที่เราพอจะรู้แล้ว ใต้นี้เป็นมะเร็งอะไร ตะวันออกเฉียงเหนือเป็นมะเร็งอะไร... ใช้ในแต่ละภูมิภาค เพราะตัวเลขพวกนี้ สถิติเรามีอยู่พอสมควร เราคาดการณ์ได้ เรื่องของมะเร็งลำไส้ มะเร็งท่อน้ำดีตับเนี่ยเรารู้อยู่แล้วปัจจัยมันคืออะไร แล้วทำไมเราจัดการไม่ได้ มันน่า

สนใจใช้ใหม่ พยายามทำกันมาตั้งนาน แต่ก็ยังมีคนเป็นมะเร็งรึ
ท่อน้ำดีตีบเยอะเยอะ แล้วถามว่าสาเหตุอะไร ก็สาเหตุเดิม
เรื่องพวกนี้มันไม่ต้องลงทุนในเรื่องของอะไรเยอะ แต่ลงทุน
ในเรื่องของความเชื่อ วัฒนธรรม แล้วก็เบรกกั้นให้ได้” (ผู้ให้
ข้อมูลคนที่ 6)

3) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน
ที่ผ่านมายังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการปฏิบัติที่ยึดติด
กับแผนที่ทำขึ้นอย่างตายตัว ไม่ได้คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายและ
บริบทที่เกี่ยวข้อง ทำให้การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งไม่ได้
ผลเท่าที่ควร แนวทางการป้องกันโรคและลดความเสี่ยงต่อการ
เกิดโรคมะเร็งที่ได้ผลจึงต้องเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึง
กลุ่มเป้าหมาย โดยพิจารณาว่ากลุ่มเป้าหมายเป็นใคร มีการ
ประเมินการรับรู้ และใช้วิธีการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

“ทุกวันนี้เรามีบทความให้ความรู้มาตรฐาน พูด
โดยไม่ได้มองตัวปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มอายุของกลุ่มเป้าหมาย
ไม่เคยประเมินการรับรู้ของผู้ที่เราจะอธิบาย ในส่วนนี้ที่ยังขาด
เพราะฉะนั้นต้องเพิ่มเรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ นี่คือ
ปัญหาของ primary prevention ในทุกวันนี้” (ผู้ให้ข้อมูล
คนที่ 28)

“นโยบายของรัฐ จะเป็นนโยบายสำหรับคนส่วนใหญ่
ซึ่งเป็นคนพหุศ บางอย่างอาจจะไม่เหมาะกับคนมุสลิมหรือ
ไม่ตอบคำถามกับคนมุสลิม ซึ่งเราเคยคุยกับ อสม.ในพื้นที่
เขาบอกว่าสื่อที่ลงมาทั้งหมดใน 3 จังหวัด เป็นภาษาไทยและ
เขาอ่านไม่ออก เขาก็ต้องมาแปลให้ชาวบ้านฟัง ซึ่งพวกแผ่นพับ
อะไรที่มันเป็นแผ่นใหญ่ๆ เขามาทำเองก็ไม่ได้ เพราะเขาก็ไม่ได้
รู้อะไรมากนักในเรื่องการแปลศัพท์” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้รูปแบบ
การสื่อสารมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการใช้โซเชียล
มีเดียมากขึ้น ทำให้ประชาชนเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้มากขึ้น
จึงต้องมีการพิจารณานำเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้
ในการให้ข้อมูลข่าวสาร โดยเลือกใช้รูปแบบหรือวิธีการที่
เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

“เราต้องยอมรับว่าเทคโนโลยีมันมาไกลมาก
แล้วการทำสื่อเนี่ยก็ต้องตามให้ทัน การทำสื่อเพียงแค่ออกไปสเตอร์
แผ่นพับมันไม่ใช่ละ วันนี้เราต้องมีสื่อให้ทันยุค ให้ทันสมัย
ลงไปทีแอปพลิเคชันต่างๆ ลงไปที่โซเชียลมีเดียต่างๆ ถึงแม้จะ
ต้องใช้งบประมาณแต่มันมีประโยชน์” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“รูปแบบการสื่อสารมันเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ
การเปลี่ยนแปลงนั้นมันถูกพัฒนาตามเทคโนโลยี เราอาจจะไม่
จำเป็นต้องปรับตัวให้ทันกับทุกเทคโนโลยีแต่เราเลือกแต่ละ
เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับเรา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“การให้ข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้ต้อง
เปลี่ยนรูปแบบ รูปลักษณ์ ให้มันมีความเข้าถึงคนได้ ทำให้
คนเข้ามาใช้มากขึ้นอย่างก้าวกระโดด พวกดิจิทัลอะไรแบบนี้
ซึ่งมันเหมาะ แล้วก็เขาเข้าถึง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

4. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทาง
การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่มีความสำคัญมากกว่าการ
ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนดังเช่นที่เคยปฏิบัติต่อๆ
กันมา เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ประชาชนสามารถ
เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและใช้ข้อมูลนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ทั้งการนำไปใช้ และบอกต่อคนอื่นๆ โดยเฉพาะในสังคม
ปัจจุบันที่มีข้อมูลเท็จหรือข่าวปลอมเกิดขึ้นมากมาย การที่
ประชาชนมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพจะช่วยให้สามารถตัดสินใจ
เลือกเชื่อข้อมูลหรือใช้ข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

“primary prevention ของประเทศเรายังไม่ดีพอ
คิดว่าการแก้ปัญหาตั้งแต่ต้นที่ที่ดีที่สุดและเป็นการแก้ปัญหา
ระยะยาว คือการให้ความรู้เรื่อง health literacy ฟูพรมใหม่
เลยในประชาชนทุกระดับ ตอนนั้ระบบการสื่อสารอะไร
ทั้งหลายมันดีมาก อย่าให้มันมีคนสื่อสารเรื่องมั่วๆ เราต้อง
สร้างการสื่อสารร่วมกันที่จะทำให้จูนประเทศให้ถูกทาง” (ผู้ให้
ข้อมูลคนที่ 18)

“สมัยก่อนให้แค่ health education แต่ตอนนี้
เป็นเรื่อง health literacy ที่เราจะต้องให้เขาเข้ามามีส่วนร่วม
ให้เขาเข้าไปใช้แล้วก็ไปบอกต่อได้ ในส่วนนั้นมันเป็นเรื่อง
จำเป็นและสำคัญ เรื่อง health literacy จริงๆ ไม่ใช่เรื่องใหม่
แต่ทำอย่างไรจะให้เขาเข้าใจ เราจะต้องให้เขารู้ถึงความ
ต้องการของเขา และเราต้องเข้าถึงตัวนั้นของเขาด้วย เพื่อให้เขา
เข้าใจแล้วก็ให้เขาสามารถที่จะทำได้ และไปฝึกทำ ทำเสร็จ
ก็สามารถไปบอกต่อได้ ตรงนี้จะเป็นส่วนที่สำคัญ” (ผู้ให้ข้อมูล
คนที่ 5)

“เราต้องยอมรับว่าในปัจจุบันข่าวปลอมเยอะมาก
การที่จะทำให้ประชาชนมี health literacy จริงๆ ถ้าถามผม
คือ มันใช้เพียงแค่ว่ามีความรู้ แต่ต้องรู้แจ้งเลย จนสามารถ
ตัดสินใจเลือกเชื่อข้อมูล หรือใช้ข้อมูล หรือปฏิบัติตัวได้
อย่างถูกต้อง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

5. การดำเนินงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่

การดำเนินงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเป็นอย่างมาก โดยการประสานความร่วมมือผ่านสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และประชาชนในชุมชน เพราะเป็นกลุ่มที่ทราบปัญหาในชุมชนนั้นๆ ดี และมีการทำกิจกรรมร่วมกันโดยชุมชนเป็นเจ้าของ

“การทำงาน prevention มันจะต้องทำงานกับ สสจ. ซึ่งแต่ละจังหวัด แต่ละเขตก็จะมีคณะกรรมการ เพราะฉะนั้นก็ทำให้เขาเข้าใจเรื่องพวกนี้มากขึ้น มีการทำโปรแกรมพวก Awareness health literacy... เราก็จะไปลงกับประชาชนชาวบ้าน ให้ความรู้ คือไม่ใช่ให้ความรู้อย่างเดียว คือความรู้ให้ไปก็ไม่มีประโยชน์ เราต้องถามประชาชนด้วยว่าเราจะทำกิจกรรมอะไรบ้าง และเราก็ร่วมกับเขาที่จะรณรงค์ให้ประชาชนสร้างความตระหนักได้อย่างไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“สาธารณสุขทำงานคนเดียวไม่ได้ ต้องมีส่วนของท้องถิ่นเข้ามาช่วย เพราะท้องถิ่นเค้าจะรู้ดีที่สุดว่า คนเนี่ยเป็นใคร อะไร ยังไง ที่ไหน เราเป็นแค่ส่วนหนึ่ง เพราะฉะนั้นอยากเห็นการมองภาพที่ใหญ่กว่านี้ อยากให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาดูแลตรงนี้มากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญอย่างที่เราใช้การพูดคุยกับท้องถิ่น ท้องที่ อยู่ตลอด คือเราคุยผ่าน สสจ. (สาธารณสุขจังหวัด) แล้วบางครั้งเราลงพื้นที่ไปคุยกับ รพ.สต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) หรือ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน) คือ สสจ. เขาต้องรู้ว่าเราลงไป ทุกอย่างควรจะติดต่อสื่อสารกันหมด แล้วมันก็จะเป็นตัวอย่างที่ดีที่จะนำไปใช้ ความเชื่อมโยงระหว่างผู้ทำงานกับประชาชนต้องมีตลอด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

6. การฉีดวัคซีนป้องกัน

การฉีดวัคซีนป้องกันเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งซึ่งมีสาเหตุสำคัญของโรคเกิดจากการติดเชื้อที่ไฝส์ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งตับ วัคซีน HPV ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งในช่องปาก เป็นต้น ซึ่งหากสามารถควบคุมเรื่องการติดเชื้อได้จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลงได้

“มะเร็งที่เราเจอบ่อยๆ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการติดเชื้อ มะเร็งตับที่เราเจอเยอะก็เป็นเรื่องของไวรัสตับอักเสบบี

ซึ่งทำให้เป็นมะเร็งของเซลล์ตับ ในเรื่องของมะเร็งปากมดลูก ถ้าจัดการกับ HPV ได้ โอกาสที่จะเกิดน้อยมาก โดยจริงแล้วคือเกือบ 100 % เป็นเรื่องของการติดเชื้อที่ไฝส์ ถ้าเราคุมมันอย่างเต็มที่ในการควบคุมการติดเชื้อได้ มะเร็งจะหายไปเยอะมาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“การป้องกัน คือ เรื่องของวัคซีนในการป้องกันได้ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งทารกแรกเกิดทุกคนก็ฉีดอยู่แล้วตอนนี้ หรือว่าอีกอันที่เราน่าจะโปรโมทให้สามารถแพร่หลายมากขึ้นหรือเข้าถึงมากขึ้นก็คือ HPV วัคซีนในเด็กวัยรุ่นผู้หญิงซึ่งปัจจุบันการเข้าถึงก็ยังไม่ได้เยอะเพราะมีเรื่องของประเด็นค่าใช้จ่ายเข้ามา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ส่วนหนึ่งในเรื่องของการ prevention คือเรื่องวัคซีน สิ่งที่ยากเห็นมากเลย คือการฉีดวัคซีน HPV กับทุกคนในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ.... ไม่ใช่แค่ HPV นะครับ พวกไวรัสตับอักเสบบี อะไรที่มันเกี่ยวข้องกับทางมะเร็งทั้งหมดเนี่ยอยากจะทำให้มัน 100 %” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“การฉีดตั้งแต่เด็ก ๆ มันก็จะช่วยป้องกัน หรือก่อนมีเพศสัมพันธ์ แล้วก็ HPV ก็ยังเป็นสาเหตุของมะเร็งอื่นๆ เช่น มะเร็งในช่องปาก เพราะฉะนั้นถ้าเกิดมันสามารถที่จะป้องกันโดยการฉีดวัคซีน ตัว HPV ได้ ก็น่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19)

7. การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและนำผลไปปรับปรุงแก้ไข

การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมทำ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ นำไปวางแผน ออกแบบ และร่วมทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนเกิดการตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการติดตามประเมินผลเพื่อดูความก้าวหน้าปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และนำผลมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขในการวางแผนการทำงานให้เหมาะสมและให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

“ถ้าจะรณรงค์ก็ให้ทำต่อเนื่องและทำอย่างยาวนาน...ถ้าเราทำซ้ำๆ ทำต่อเนื่องไปเรื่อยๆ คิดว่ามันจะช่วยให้อยู่ในความทรงจำของคนและทำให้คนตระหนักรู้ ตระหนักถึงความสำคัญของมัน ไม่ใช่เฉพาะรณรงค์เป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“มันไม่ได้ให้ความรู้อย่างเดียว เขาจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เขาต้องเชื่อและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งเรา

กลับไปติดตามว่าประชาชนเข้าใจมากขึ้นไหม แล้วในชุมชน เขายังจัดกิจกรรมอยู่ไหม ถ้าสมมุติว่าไม่มีเราแล้ว เขายังจัดกิจกรรมอยู่ไหม เราต้องลงพื้นที่และคุยกับเขา... เขาอยากให้เราทำกิจกรรมอะไรร่วมกันเพื่อให้มันยั่งยืน เพราะเราเห็นเรื่องความยั่งยืน มันเลยต้องเป็นความต้องการของเขา เราต้องฟังเขา แล้วก็ช่วยกันคิดช่วยกันออกแบบว่าจะทำแบบไหน แล้วอีกปีถัดไปเราก็ไปติดตามดู” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง การควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดเชื้อ การให้ความรู้และมาตรการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในพื้นที่ วิเคราะห์สาเหตุ และวางแผนบริหารจัดการเพื่อขจัดสาเหตุของปัญหาอย่างเป็นระบบในพื้นที่หรือชุมชนนั้นๆ 3) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยการประเมินการรับรู้ และใช้วิธีการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 4) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้สามารถเข้าถึง ตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง 5) การดำเนินงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งและดำรงกิจกรรมให้คงอยู่ 6) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ เช่น การฉีดวัคซีน HPV ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และ 7) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและนำผลไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การอภิปรายผล

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้และการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน

การป้องกันโรคมะเร็ง (primary prevention) เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง และนำไปสู่การปฏิบัติในทุกเขตบริการสุขภาพทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่พบบ่อยและสามารถป้องกัน

ได้ ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ที่ผ่านมาสถาบันมะเร็งและศูนย์มะเร็งทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมุ่งที่จะพัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง มีการลงทุนด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่หลากหลาย และการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง โดยเน้นการรักษา มากกว่าการป้องกัน จากนโยบายและเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน ทำให้การขับเคลื่อนการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเป็นไปได้ยาก หากมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนจะทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถแปลงนโยบายเป็นแผนงาน โครงการ และนำสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น⁽¹⁷⁾ ทั้งในการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดเชื้อและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายคือลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลงได้

2. การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในพื้นที่

ที่ผ่านมายังมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในพื้นที่เพื่อการวางแผนบริหารจัดการการเกิดโรคมะเร็งค่อนข้างน้อย ทำให้แก้ปัญหาได้ไม่ตรงจุด ดังนั้น แนวทางการป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งจำเป็นต้องมีการนำข้อมูลสถิติของแต่ละพื้นที่หรือชุมชนมาใช้ประโยชน์ การพิจารณาฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งประชากร ข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทย สถิติอุบัติการณ์โรคมะเร็งชนิดต่างๆ ในแต่ละภูมิภาคของประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นกับพฤติกรรม พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอดพบมากในภาคเหนือตอนบน โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁵⁾ เป็นต้น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและประเมินการป้องกันและควบคุมโรค การวิเคราะห์สาเหตุ และวางแผนบริหารจัดการเพื่อขจัดสาเหตุ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งอย่างเป็นระบบในพื้นที่หรือชุมชนนั้นๆ สอดคล้องกับรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหลายฉบับที่พบว่า การใช้ประโยชน์จากข้อมูลสถิติอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในภูมิภาค และให้ชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหา ช่วยให้ประชาชนในชุมชนมีแนวทางในการพัฒนาความรู้ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁸⁻²⁰⁾ อย่างไรก็ตาม โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดียังคงเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁵⁾

สาเหตุอาจเกิดจากความเชื่อและวัฒนธรรมการบริโภคแต่ละท้องถิ่นที่ยากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งเป็นผลจากวิถีชีวิตของคนชนบท⁽¹²⁾ ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับนิเวศวิทยาสุขภาพ (health ecology) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจเจกบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดียังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคงสูงอย่างต่อเนื่อง

3. การให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนโดยยึดติดกับแนวทางการสอนที่ทำตามกันมาอย่างตายตัวโดยไม่ได้นำถึงกลุ่มเป้าหมายและบริบทที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งไม่ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย แนวทางการป้องกันโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งจึงต้องปรับเปลี่ยนการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงรูปแบบการสื่อสารให้เป็นไปตามบริบท ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย จะทำให้ประชาชนได้รับความรู้ความเข้าใจ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว⁽²¹⁾ ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้รูปแบบการสื่อสารมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการใช้โซเชียลมีเดียมากขึ้น ทำให้ประชาชนเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้มากขึ้น การนำเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ได้ผล เพราะใช้ได้สะดวก รับรู้ข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว เข้าใจง่ายเพราะมีทั้งข้อความ ภาพและเสียง การใช้สื่อโดยเลือกใช้รูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายช่วยให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพบว่าสื่อดิจิทัลที่กลุ่มคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดเปิดรับและแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งมากที่สุด คือ เฟสบุ๊ก ไลน์ และยูทูปตามลำดับ^(22,23) ซึ่งเป็นสื่อที่ประชาชนทั่วไปใช้ในชีวิตประจำวัน

4. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่มีความสำคัญ มากกว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนดังเช่นที่เคยปฏิบัติต่อกันมา เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พิจารณา ตัดสินใจ นำไปใช้ และบอกต่อคนอื่น ๆ โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่มีข้อมูลเท็จหรือข่าวปลอมเกิดขึ้นมากมาย การที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะ

ช่วยให้สามารถตัดสินใจเลือกเชื่อข้อมูลหรือใช้ข้อมูลนั้นในการจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพ⁽²⁴⁾ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการสร้างเสริมและการป้องกันโรค⁽²⁵⁾ ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ที่มีความเฉพาะเจาะจงเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล พิจารณาและตัดสินใจ ตลอดจนนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งได้ดีขึ้น

5. การดำเนินงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่

การดำเนินงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งอย่างมาก โดยการประสานความร่วมมือผ่านสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในชุมชน เพราะเป็นกลุ่มที่ทราบปัญหาในพื้นที่นั้นๆ ดี การร่วมมือกันในการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ การวางแผนและดำเนินงานเพื่อจัดสาเหตุและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าการทำงานร่วมกับหน่วยงานและประชาชนในพื้นที่หรือท้องถิ่นนั้นๆ ช่วยให้ประชาชนมีความรู้และมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งได้ดีขึ้น⁽¹⁸⁻²⁰⁾

6. การฉีดวัคซีนป้องกัน

การฉีดวัคซีนเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งซึ่งมีสาเหตุสำคัญของโรคเกิดจากการติดเชื้อ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งตับ วัคซีน HPV ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งในช่องปาก เป็นต้น ซึ่งหากควบคุมการติดเชื้อได้จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลงได้ สอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมมะเร็งวิทยาแห่งยุโรป (ESMO) ที่สนับสนุนประเทศต่างๆ กำหนดนโยบายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่มีสาเหตุเกิดจากโรคติดเชื้อ และสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนต่อสุขภาพ^(26,27) โดยม้งานวิจัย⁽²⁸⁾ สนับสนุนว่า วัคซีน HPV สามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และภาวะปากมดลูกมีเซลล์ผิดปกติก่อนเป็นมะเร็งได้ ร้อยละ 55 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งได้

ทั้งชายและหญิง ช่วงอายุ 9-26 ปี โดยฉีด 3 เข็ม ที่ผ่านมาภาครัฐได้ให้ความสำคัญในการฉีดวัคซีน HPV ในหญิงอายุ 11-20 ปี แต่การดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย⁽²⁹⁾ แม้ว่าได้จัดทำแนวทางการให้บริการวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมายให้แก่เครือข่ายดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เกี่ยวข้อง แต่การเข้าถึงบริการฉีดวัคซีนยังมีอุปสรรค สาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และสิทธิประโยชน์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน จึงควรเร่งดำเนินการให้กลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

7. การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และนำผลไปปรับปรุงแก้ไข

การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งและการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมทำ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ นำไปวางแผนออกแบบ และร่วมทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ประชาชนเกิดการตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการติดตามประเมินผลเพื่อดูความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานที่ผ่านมา และนำผลมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขในการวางแผนการทำงานให้เหมาะสมเพื่อให้ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเกาะติดในการติดตามประเมินผลของทีมที่มีความพร้อม และการผลักดันนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบที่ช่วยเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี⁽²⁰⁾

จะเห็นได้ว่าแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละองค์ประกอบมีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าองค์ประกอบนั้นๆ มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ และหากได้ผนวกทุกองค์ประกอบเข้าด้วยกัน จะช่วยให้การดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคมะเร็งครอบคลุมในทุกมิติ และสามารถขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย คือ อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ลดลง

สรุป

แนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้จากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง ที่มี

ความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคืออุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ลดลง มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในพื้นที่ การให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดำเนินงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่ การฉีดวัคซีนป้องกัน และการติดตามประเมินผลและนำผลไปปรับปรุงแก้ไข ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทบทวนครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวทางการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งที่ได้จากการศึกษาไปทำการวิจัยต่อยอด เพื่อนำผลที่ได้ลงสู่การปฏิบัติ เช่น รูปแบบการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดในเขตจังหวัด ภาคเหนือตอนบนซึ่งเป็นพื้นที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอดสูง
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น การนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) ซึ่งเป็นกระบวนการคิดที่ทำให้เข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างละเอียด ทำให้สามารถพัฒนาแนวคิดและนวัตกรรมเพื่อการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ตรงจุด เพื่อผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ภาพอนาคตของรูปแบบการบริการรักษาโรคมะเร็งที่เป็นเลิศแบบครบวงจร ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) (Thailand Science Research and Innovation (TSRI) ภายใต้โครงการวิจัยการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศในการให้บริการด้านโรคมะเร็งแบบครบวงจร ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Preventing cancer [Online], 2020 Nov 3. Available from: <URL> <https://www.who.int/activities/preventing-cancer>.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2564 [Online], 2022 Dec 9. Available from: <URL> <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>
3. ACTION Study Group. Catastrophic health expenditure and 12-month mortality associated with cancer in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight countries. BMC Med. 2015 Aug 18;13:190.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2565. กรุงเทพมหานคร: ทิ้งทูนส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์. 2566.
5. National Cancer Institute. Cancer in Thailand. Vol. XI 2019-2021 [Online], 2025. Available from:<URL> https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20Thailand%20Vol.XI.pdf
6. World Health Organization [WHO]. Cancer. [Online], 2022 Feb 3. Available from:<URL> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
7. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565. [Online], Available from:<URL> <https://www.nci.go.th/th/Today/download/แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ%2063-65.pdf>
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2564.
9. National Cancer Institute. Cancer in Thailand. Vol. IX 2013-2015. Bangkok: New Thammada Press (Thailand) Co., Ltd. 2018.
10. ชนิษฐา ชัยรัตน์วารรณ, ญัฐพศุทธิ์ ภัทธีราสินสิริ. แหล่งกำเนิด ผลกระทบและแนวทางจัดการฝุ่นละออง PM 2.5 บริเวณภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2563;25(1):461-74.
11. วิษณุ บาดาล. มาตรการทางกฎหมายที่ใช้ต่อการควบคุมและป้องกันมลพิษฝุ่น PM 2.5. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2564;5(1):297-306.
12. จิตรานนท์ โกสิย์รัตนภิบาล, กิตติยา ไกรยราช. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2566;10(2):1-17.
13. ศุภิสรา สุวรรณชาติ, ชิดารัตน์ นิมกระโทก. ระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน. วารสารสุขภาพและการพยาบาล. 2565;28(1):e257077.
14. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. หลักสูตรเสริมสร้างศักยภาพ Cancer Nurse Co-coordinator. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2561.
15. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research. 2005;15(9):1277-88.
16. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Thousand Oaks, CA: Sage; 1985.
17. กมล ไชยสิทธิ์, วิทยธร ท่อแก้ว, สุภาภรณ์ ศรีดี, ปิยะนุช จิตต์เที่ยง. นโยบายและแนวทางการดำเนินการสื่อสารสุขภาพด้วยสื่อสังคมออนไลน์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเกี่ยวกับโภชนาการในการป้องกันโรค มะเร็งในพนักงานสำนักงาน. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565;7(12):187-201.
18. กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สุมัทนา กลางคาร, สมศักดิ์ ศรีภักดี. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(4): 87-100.

19. สุขญา สีหะวงษ์, ศิริวรรณ อุทธา, วิริยา ลิ้มปิที่ปราการ, อัทธยาชัย บุระพิน, วัชรภรณ์ วงศ์คุณ. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2566;6(3):209-19.
20. ปรีชา ปิยะพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2566; 21(1):52-68.
21. ธนปิ่นท์ อัครวิวัฒน์, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ. การสื่อสารสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน. วารสารสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา. 2565;2(1):78-89.
22. ยาวนารถ พันธุ์เพ็ง, กัญญรัตน์ หงส์วรรณ. การสื่อสารสุขภาพผ่านสังคมเครือข่ายกับกลุ่มโรค NCDs ตามแนวคิด "สร้างนำซ่อม". วารสารสหศาสตร์ศรีปทุมชลบุรี. 2563;6(1):56-67.
23. พกษา เกษมสารคุณ, บงกชกร หงส์สาม, กันตพิชญ์ ศักดิ์สวัสดิ์. การใช้สื่อดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์. 2563;37(3):162-82.
24. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทอาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์ จำกัด. 2564.
25. ปาจร่า โปธิหัง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564; 29(3):115-30.
26. World Health Organization [WHO]. Celebrating the power of vaccines to help prevent cancer. {Online}, 2020 Feb 4. Available from:<URL> <https://www.who.int/europe/news/item/04-02-2020-celebrating-the-power-of-vaccines-to-help-prevent-cancer>
27. European Society for Medical Oncology [ESMO]. Vaccine-preventable cancers. {Online}, 2024. Available from:<URL> <https://www.esmo.org/policy/vaccine-preventable-cancers>
28. Termrungruanglert W, Havanond P, Khemapech N, Lertmaharit S, Pongpanich S, Khorprasert C, et al. Cost and effectiveness evaluation of prophylactic HPV vaccine in developing countries. Value in Health. 2012;15:S29-S34.
29. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกัน การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 {Online}, 2566. Available from:<URL> <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1484620231024034508.pdf>

(Review Article)

Injectable Lipid-Lowering Agents and Their Public Health Benefits

Flt.Lt. Natee Leegchur M.Pharm. (Community Pharmacy)

Medical Supplies Division, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand

Correspondence to : nateepy@gmail.com

(Received : 7 May 25, Revised : 18 June 25, Accepted : 19 June 25)

Abstract

Cardiovascular disease remains a leading cause of mortality worldwide, with elevated levels of low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) and lipoprotein(a) identified as key modifiable risk factors. Effective lipid management is a cornerstone of both primary and secondary prevention strategies. While oral lipid-lowering therapies, such as statins and ezetimibe, are considered the standard of care, their efficacy may be limited in certain high-risk or treatment-resistant populations. In this context, injectable lipid-lowering agents—particularly PCSK9 inhibitors and inclisiran—have emerged as potent alternatives, offering sustained LDL-C reduction and the potential for long-term public health benefits. This article reviews their mechanisms of action, clinical effectiveness, trends in public health implementation, and considerations for reimbursement under national health coverage schemes, supported by current scientific evidence.

Keywords : Lipid-lowering agents, PCSK9 inhibitors, Inclisiran, Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), Public health, Cardiovascular disease

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 1 January - June 2025

(บทความฟื้นฟูวิชาการ)

ยาลดไขมันในเลือดชนิดฉีดกับประโยชน์ด้านสาธารณสุข

น.ต.นที หลีกชั่ว งาม.(เภสัชกรรมชุมชน)

กองเวชบริภัณฑ์ กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก โดยมีไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ LDL-C และ Lipoprotein(a) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ การควบคุมระดับไขมันในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นกลยุทธ์หลักในการป้องกันโรคหัวใจ ยาลดไขมันชนิดรับประทาน เช่น statins และ ezetimibe เป็นมาตรฐานการรักษา แต่ยังมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองไม่ดี หรือมีความเสี่ยงสูง ยาลดไขมันในเลือดชนิดฉีด โดยเฉพาะ PCSK9 inhibitors และ inclisiran จึงเป็นทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูง ลดระดับ LDL-C ได้อย่างต่อเนื่อง และอาจมีประโยชน์เชิงระบบสุขภาพในระยะยาว บทความนี้สรุปหลักการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพทางคลินิก แนวโน้มการนำไปใช้ในระดับสาธารณสุข และแนวทางการเบิกจ่ายตามสิทธิประโยชน์ของรัฐ พร้อมอ้างอิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : ยาลดไขมันในเลือด, ยายับยั้ง PCSK9, Inclisiran, LDL-C, สาธารณสุข, โรคหัวใจ

1. บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นภาวะทางสุขภาพที่สำคัญระดับโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ในปี 2023 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 17.9 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽¹⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่งคือ ระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะระดับคอเลสเตอรอลชนิด LDL (Low-density lipoprotein cholesterol: LDL-C) และ lipoprotein(a) ซึ่งมีบทบาทในการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและการอุดตัน

แม้ว่าการรักษามาตรฐานด้วยยา statin จะช่วยลด LDL-C ได้ดี แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมีผลข้างเคียงจาก statins จึงจำเป็นต้องมีทางเลือกเพิ่มเติมในการลดความเสี่ยงจากไขมันชนิดไม่ดีจึงกลายเป็นทางเลือกใหม่ที่น่าสนใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วย familial hypercholesterolemia (FH) และผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อยารับประทาน

2. กลไกและชนิดของยาลดไขมันในเลือดชนิดฉีด

2.1 PCSK9 Inhibitors PCSK9 (Proprotein convertase subtilisin/kexin type 9) เป็นโปรตีนที่ทำหน้าที่ย่อยสลาย LDL receptor บนผิวเซลล์ตับ ทำให้ลดความสามารถในการนำ LDL-C ออกจากกระแสเลือด PCSK9 inhibitors เช่น alirocumab และ evolocumab เป็น monoclonal antibodies ที่ยับยั้งการทำงานของ PCSK9 ส่งผลให้มี LDL receptor มากขึ้น และลดระดับ LDL-C ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษา FOURIER trial พบว่า evolocumab สามารถลด LDL-C ได้เฉลี่ย ร้อยละ 59 และช่วยลดการเกิดอุบัติการณ์หลัก (primary end point) ซึ่งประกอบด้วย การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมอง การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะเจ็บหน้าอก และการทำหัตถการเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁾ นอกจากนี้ ODYSSEY OUTCOMES trial แสดงให้เห็นว่า alirocumab ช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง⁽³⁾

ยากลุ่มนี้ต้องฉีดใต้ผิวหนังทุก 2-4 สัปดาห์ มีความปลอดภัยสูง และสามารถใช้ร่วมกับ statins ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 Inclisiran เป็น small interfering RNA (siRNA) ที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการผลิตโปรตีน PCSK9 โดยตรงในระดับ mRNA ทำให้ระดับ PCSK9 ลดลง และเกิดผลลัพธ์เช่นเดียวกับ monoclonal antibodies แต่มีข้อได้เปรียบด้านความถี่ในการให้ยา โดยฉีดเพียง 2 ครั้งต่อปี หลังฉีดครั้งแรกในเดือนที่ 0 และ 3 แล้วฉีดซ้ำทุก 6 เดือน

การศึกษา ORION-10 และ ORION-11 แสดงให้เห็นว่า inclisiran สามารถลด LDL-C ได้เฉลี่ย ร้อยละ 50 อย่างต่อเนื่องในช่วงเวลานานถึง 18 เดือน⁽⁴⁾ ความถี่การให้ยาที่ต่ำทำให้เพิ่ม adherence และเหมาะกับการนำไปใช้ในระดับประชากร โดยเฉพาะในระบบสาธารณสุขที่ต้องการความยั่งยืนในการควบคุมโรคเรื้อรัง

2.3 ยาที่กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนา: Lipoprotein(a)-Lowering Agents Lipoprotein(a) เป็นไขมันอีกชนิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของโรคหัวใจ แม้ในกลุ่มที่มี LDL-C ปกติ การตรวจระดับ lipoprotein(a) จึงเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังมีโรคหัวใจซ้ำแม้ LDL-C จะอยู่ในระดับเป้าหมายแล้ว ยา pelacarsen ซึ่งเป็น antisense oligonucleotide ที่ลดการผลิต lipoprotein(a) กำลังอยู่ระหว่างการทดลองระยะที่ 3 และคาดว่าจะมีอีกหนึ่งแนวทางใหม่ในการลดความเสี่ยงในอนาคต⁽⁵⁾

3. ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข

3.1 การลดภาระโรค การลดระดับ LDL-C อย่างมีประสิทธิภาพในระดับประชากรจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ลดจำนวนการนอนโรงพยาบาล การผ่าตัดหลอดเลือด และลดอัตราการเสียชีวิตได้ การป้องกันโรคเหล่านี้ยังช่วยลดผลกระทบทางสังคม เช่น การสูญเสียรายได้จากการหยุดงานก่อนวัยอันควร และภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว

3.2 ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แม้ว่ายาฉีดจะมีราคาสูงกว่ายารับประทาน แต่การลดเหตุการณ์หัวใจที่รุนแรง นำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายระยะยาวในการรักษา ผู้ป่วยไม่ต้องการผ่าตัดบายพาสหรือใส่ขดลวดในอนาคต ทำให้หลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร และเยอรมนี เริ่มนำยาคิด

บางชนิดมาใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁶⁾

การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพในประเทศไทยควรรวมถึงการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลลัพธ์ (Cost-Effectiveness Analysis) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งมีค่า Quality-Adjusted Life Year (QALY) สูงเมื่อรักษาด้วยยาใหม่

3.3 การเข้าถึงยาและนโยบาย ในประเทศไทย ยาลดไขมันชนิดฉีด เช่น evolocumab และ inclisiran ยังไม่ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ (NLEM) และไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิประกันสุขภาพหลักทั่วไป เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือสิทธิประกันสังคม อย่างไรก็ตาม ในระบบสวัสดิการข้าราชการ (สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ) บางแห่งสามารถพิจารณาเบิกได้เป็นรายการพิเศษ ภายใต้การอนุมัติของคณะกรรมการและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

แนวทางการเสนอเบิกยาในปัจจุบันใช้หลักเกณฑ์จากการวินิจฉัยโรค ร่วมกับหลักฐานว่าใช้ยา statin ขนาดสูงสุดร่วมกับ ezetimibe แล้วยังไม่สามารถควบคุม LDL-C ให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี ASCVD, FH หรือมีความเสี่ยงสูงมาก โดยควรมีผลระดับ LDL-C และผลการตรวจการทำงานของตับร่วมประกอบการพิจารณา

การส่งเสริมการศึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ และจัดทำ clinical pathway สำหรับการให้ยาคัดในโรงพยาบาลภาครัฐ จะช่วยให้การให้ยาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถสนับสนุนการขอสนับสนุนจากนโยบายสาธารณะในอนาคต

4. อาการข้างเคียง ข้อควรระวังและข้อจำกัด

4.1 อาการข้างเคียงที่พบบ่อย PCSK9 inhibitors (alirocumab, evolocumab) มักพบอาการปวดบริเวณที่ฉีด (injection site reactions), อาการคล้ายไข้หวัด, ปวดศีรษะ และกล้ามเนื้ออ่อนแรงในบางราย^(2,3)

Inclisiran มีรายงานการเกิดอาการที่ตำแหน่งฉีดเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อาการข้างเคียงอื่นที่พบบ่อยได้แก่ ผื่น และอาการแพ้⁽⁴⁾

Pelacarsen (ระหว่างการทดลอง) ข้อมูลความปลอดภัยยังอยู่ในระหว่างการประเมินในระยะที่ 3 แต่การ

ศึกษาในระยะต้นพบว่าอาจมีอาการคล้ายกับยากกลุ่ม PCSK9 inhibitors⁽⁵⁾

4.2 การจัดการอาการข้างเคียง อาการข้างเคียงส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ด้วยการบรรเทาตามอาการ เช่น การใช้ยาแก้ปวดทั่วไป หรือการประคบเย็นบริเวณที่ฉีด หากเกิดปฏิกิริยาแพ้รุนแรงควรหยุดยาและพิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิแพ้หรือเปลี่ยนแนวทางการรักษา

4.3 การปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคตับหรือโรคไต ยาทั้งกลุ่ม PCSK9 inhibitors และ inclisiran ไม่ต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (eGFR \geq 30 mL/min/1.73 m²) และไม่พบความเป็นพิษต่อตับที่มีนัยสำคัญทางคลินิก^(2,4) อย่างไรก็ตาม ในกรณีไตวายระยะสุดท้ายหรือผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ ควรใช้ด้วยความระมัดระวังและติดตามค่าการทำงานของไตและตับอย่างใกล้ชิด

4.4 อันตรกิริยาระหว่างยา เนื่องจากยากกลุ่ม PCSK9 inhibitors และ inclisiran ไม่ผ่านการเผาผลาญโดย cytochrome P450 ในตับ จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาค่อนข้างต่ำ^(2,4) โดยสามารถใช้ร่วมกับยา statins, ezetimibe และยาลดความดันโลหิตได้โดยไม่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพหรือความปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มียารายงานการเกิดอันตรกิริยามีนัยสำคัญทางคลินิกในระยะยาว แต่ควรติดตามเมื่อใช้ร่วมกับ immunotherapy หรือ biologics อื่นๆ

4.5 ข้อจำกัดด้านระบบสุขภาพ ข้อจำกัดของยาคัดกลุ่มลดไขมันในเลือดนี้ยังคงเป็นด้าน ต้นทุน และการเข้าถึงยาในระบบสิทธิประโยชน์ของรัฐ นอกจากนี้การขาดแคลนข้อมูลด้าน real-world data ในบริบทของระบบสุขภาพไทย เป็นข้อจำกัดต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย จึงควรสนับสนุนการวิจัยในกลุ่มประชากรไทยเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าเชิงสุขภาพจริงในอนาคต

5. แนวโน้มในอนาคต

การพัฒนา long-acting agents ที่ให้เพียงปีละครั้ง หรือ precision therapy ที่ปรับใช้ยาเฉพาะบุคคล จะเป็นแนวทางสำคัญในอนาคต ยาชนิดชนิดใหม่ที่กำลังพัฒนายังรวมถึงยาลดไขมัน triglyceride และยาที่ควบคุม lipoprotein(a) ได้ตรงจุดมากขึ้น

นอกจากนี้ แนวทาง telemedicine และการส่งยาฉีดไปให้ผู้ป่วยฉีดเองที่บ้านภายใต้การกำกับดูแลทางไกล อาจช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาในชนบท และลดภาระของสถานพยาบาลในชนบท

6. สรุป

ยาลดไขมันในเลือดชนิดฉีด โดยเฉพาะ PCSK9 inhibitors และ inclisiran มีศักยภาพสูงในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด และอาจช่วยลดภาระทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพในระยะยาว การนำมาใช้ในระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องอาศัยการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย การประเมินความคุ้มค่า และนโยบายสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชนอย่างแท้จริง ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายที่ยืดหยุ่นและเป็นธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการรักษาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). WHO; 2023.
- Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, et al. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. *N Engl J Med.* 2017;376(18):1713-22.
- Schwartz GG, Steg PG, Szarek M, et al. Alirocumab and cardiovascular outcomes after acute coronary syndrome. *N Engl J Med.* 2018;379(22):2097-107.
- Ray KK, Wright RS, Kallend D, et al. Two phase 3 trials of Inclisiran in patients with elevated LDL cholesterol. *N Engl J Med.* 2020;382(16):1507-19.
- Tsimikas S, Karwatowska-Prokopczuk E, Gouni-Berthold I, et al. Lipoprotein(a) reduction in persons with cardiovascular disease. *N Engl J Med.* 2020;382(3):244-55.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Inclisiran for treating primary hypercholesterolaemia or mixed dyslipidaemia. Technology appraisal guidance. 2021.
- Ray KK, Bays HE, Catapano AL, et al. Safety and tolerability of PCSK9 inhibitors: a systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials. *Eur Heart J.* 2021;42(22):2261-71.
- D'Agostino RB, Wright JT, Greenland P, et al. Evaluation of renal function and cardiovascular safety with Inclisiran: an integrated analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77(13_Supplement_1):1574.
- Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM, et al. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the role of nonstatin therapies for LDL-cholesterol lowering in the management of atherosclerotic cardiovascular disease risk. *J Am Coll Cardiol.* 2022;80(14):1366-418.

(Review Article)

Awareness of the Dangers of E-Cigarettes for Royal Thai Air Force Personnel

Sqn.Ldr.Wikanda Wiriyapappong M.N.S., Plt.Off.Rawat Watcharasit B.N.S.

Royal Thai Air Force Nursing College, Bangkok, Thailand

Correspondence to : rawat@rtafnc.ac.th

(Received : 7 May 25, Revised : 18 June 25, Accepted : 24 June 25)

Abstract

Electronic cigarettes (e-cigarettes) have emerged as a widely adopted alternative to traditional tobacco products among the Thai population, with notable prevalence among youth and individuals of working age. Despite their growing popularity, the use of e-cigarettes presents significant health risks, impacting the respiratory, cardiovascular, and nervous systems. Moreover, e-cigarette consumption may hinder physical performance and impair cognitive functions essential for tasks demanding both physical and mental acuity. This article seeks to provide Royal Thai Air Force (RTAF) personnel with comprehensive, evidence-based information on the composition of e-cigarettes, the associated health risks, and relevant legal frameworks. Additionally, it proposes strategies to prevent and manage e-cigarette use within the Air Force, aiming to foster greater awareness and promote abstinence from these products, thereby supporting the long-term health and operational performance of RTAF personnel.

Keywords : e-cigarettes, nicotine, health effects, prevention strategies, Royal Thai Air Force**Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 1 January - June 2025**

(บทความฟื้นฟูวิชาการ)

การรู้เท่าทันภัยบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับกำลังพลกองทัพอากาศ

น.ต.หญิง วิกานดา วิริยานุภาพพงศ์ พย.ม. (การพยาบาลเด็ก), ร.ต.เรวัต วิชรสิริทธิ์ พย.บ.

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบทางเลือกที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในประชากรของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน อย่างไรก็ตามการใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบประสาท อีกทั้งอาจส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกายและความสามารถในการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ความพร้อมของร่างกายและจิตใจ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กำลังพลกองทัพอากาศได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับองค์ประกอบของบุหรี่ไฟฟ้า อันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกาย และมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางการป้องกันและควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเขตกองทัพอากาศ เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้แก่กำลังพลและส่งเสริมให้หลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว อันจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและสมรรถนะของกำลังพลในระยะยาว

คำสำคัญ : บุหรี่ไฟฟ้า, นิโคติน, ผลกระทบต่อสุขภาพ, แนวทางการป้องกัน, กองทัพอากาศ

บทนำ

“นุหรีไฟฟ้า สูดสนุกทั้งวัน ปอดพังทั้งชีวิต” เป็นคำกล่าวที่ไม่เกินจริงเพราะในยุคปัจจุบัน นุหรีไฟฟ้า กลายเป็นกระแสที่ได้รับความนิยมในหมู่เยาวชนและผู้สูบบุหรี่จำนวนมาก ด้วยภาพลักษณ์ที่ดูทันสมัย กลิ่นหอมหลากหลาย และกลยุทธ์ทางการตลาดที่สร้างความเชื่อผิดๆ ว่าปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา ทว่าเบื้องหลังของควันไอระเหยเหล่านั้นแฝงไปด้วยอันตรายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว งานวิจัยทางการแพทย์ยืนยันว่านุหรีไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ไม่เพียงเท่านั้น ควันไอระเหยจากนุหรีไฟฟ้ายังมีอนุภาคขนาดเล็กระดับ PM 2.5 ที่สามารถเข้าสู่ปอดและกระแสเลือดได้โดยตรง ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อผู้สูบบุหรี่และคนรอบข้าง นุหรีไฟฟ้าจึงไม่ใช่แค่ภัยคุกคามต่อสุขภาพส่วนบุคคล แต่ยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่ต้องเร่งแก้ไข

สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย

สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชาชนไทยในปัจจุบันที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยผลการสำรวจประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2564 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่า คิดเป็นจำนวน 78,742 คน เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 0.02 และพบว่าเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าหญิง 13 เท่า⁽¹⁾ และในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 6-30 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากถึง ร้อยละ 18.6 ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามักมีความรู้ความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับการใช้นุหรีไฟฟ้า กล่าวคือ เข้าใจว่าการหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะช่วยให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ เข้าใจว่าน้ำยาของนุหรีไม่มีส่วนผสมของนิโคติน เข้าใจว่าควันนุหรีไฟฟ้าไม่มีอันตราย และเข้าใจว่านุหรีไฟฟ้าไม่ใช่สิ่งผิดกฎหมาย นอกจากนี้เยาวชนยังมีความเชื่อว่านุหรีไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้นุหรีไฟฟ้าในกลุ่มทหาร พบว่ากำลังพลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่านุหรีไฟฟ้าสามารถช่วยในการเลิกบุหรี่ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เคยมีประวัติการสูบบุหรี่มวนมาก่อน จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้คนกลุ่มนี้หันมาใช้นุหรีไฟฟ้าแทนบุหรี่มวน^(3,4) แม้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวจะสะท้อนถึงความตั้งใจในการดูแลสุขภาพ และความพยายามในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่มวน ทั้งนี้ความเข้าใจที่คลาด

เคลื่อนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบทางเลือก โดยเฉพาะนุหรีไฟฟ้ากลับส่งผลให้เกิดการพึ่งพานิโคตินในรูปแบบใหม่ ซึ่งยังคงแฝงด้วยความเสี่ยงต่อสุขภาพในลักษณะที่ไม่แตกต่างไปจากบุหรี่มวน

เมื่อพิจารณาในมิติทางเศรษฐกิจและสังคม จะพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้นุหรีไฟฟ้าของประชากรไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ช่องทางดังกล่าวได้กลายเป็นพื้นที่โฆษณาแฝงที่นำเสนอภาพลักษณ์ของนุหรีไฟฟ้าในเชิงบวก ทั้งในด้านความปลอดภัย ความทันสมัย และการเป็น “ทางเลือกใหม่” แทนบุหรี่มวน⁽⁵⁾ ประกอบกับกลยุทธ์ทางการค้าสำคัญที่ช่วยเพิ่มยอดขายนุหรีไฟฟ้าในกลุ่มนักสูบหน้าใหม่ คือ รูปลักษณ์ของนุหรีไฟฟ้าที่ถูกพัฒนาให้มีรูปลักษณ์ที่ทันสมัย สวยงาม สามารถเพิ่มอุปกรณ์ประดับตกแต่งได้เช่นเดียวกับของสะสมจำพวกกล่องสุม (Art Toy) ที่ได้รับความนิยมในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน คุณสมบัติดังกล่าวช่วยให้ผลิตภัณฑ์สามารถตอบสนองต่อความต้องการในด้านแฟชั่นและความเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างลงตัว ส่งผลให้นุหรีไฟฟ้าไม่เพียงแต่เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับการสูบบุหรี่เท่านั้น⁽⁶⁾ แต่ยังเป็นสัญลักษณ์ที่สะท้อนรสนิยมและไลฟ์สไตล์ส่วนบุคคลของผู้บริโภค จึงไม่แปลกใจที่ในยุคที่ความสวยงามและความแตกต่างมีคุณค่าในสังคมสมัยใหม่ นุหรีไฟฟ้าจะสามารถดึงดูดความสนใจและเข้าถึงผู้บริโภคในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิดที่คัดค้านเชิงบวกต่อนุหรีไฟฟ้า รวมถึงสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และลักษณะของที่พักอาศัย เช่น การอยู่ในหอพักหรือพื้นที่ที่ขาดการควบคุมที่เหมาะสม ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเริ่มใช้นุหรีไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมความรู้เท่าทันสื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับนุหรีไฟฟ้าและการพัฒนาทักษะป้องกันตนเองในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มกำลังพลกองทัพอากาศ ซึ่งเป็นบุคลากรที่ต้องมีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง ปฏิบัติภารกิจสำคัญเพื่อความมั่นคงของชาติ และเป็นต้นแบบของสังคม ดังนั้นกำลังพลกองทัพอากาศควรศึกษาวิวัฒนาการของนุหรีไฟฟ้าตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้มีความรู้เท่าทันเกี่ยวกับรูปลักษณ์และคุณลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันตนเอง

และครอบครัวจากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำแก่ประชาชนในการหลีกเลี่ยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

วิวัฒนาการของบุหรี่ไฟฟ้า

วิวัฒนาการของบุหรี่ไฟฟ้าสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 รุ่นหลัก (Generations)⁽⁸⁾ ดังนี้

1) บุหรี่ไฟฟารุ่นแรก เป็นบุหรี่ไฟฟ้าประเภทใช้แล้วทิ้ง (Disposable E-cigarettes) จะเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง ไม่สามารถเติมน้ำยาหรือชาร์จแบตเตอรี่ได้ และมีกอกแบบให้มีรูปลักษณ์คล้ายบุหรี่มวน (Cigalike)

2) บุหรี่ไฟฟารุ่นที่สอง (Prefilled or Refillable Cartridge) มีลักษณะเป็นแท่งขนาดเล็กหรือคล้ายปากกา ถูกพัฒนาขึ้นจากรุ่นแรกให้สามารถเติมน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าและชาร์จแบตเตอรี่ได้ จึงเพิ่มความสะดวกในการใช้งานมากยิ่งขึ้น

3) บุหรี่ไฟฟารุ่นที่สาม (Tanks หรือ Mods) อุปกรณ์ถูกออกแบบให้มีฟังก์ชันการใช้งานที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านกำลังไฟ รูปแบบการให้ความร้อน และขนาดของหลอดบรรจุน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า (Tanks) เพื่อสร้างปริมาณไอน้ำที่มากขึ้น โดยทั่วไปบุหรี่ไฟฟ้าประเภทนี้มักใช้งานร่วมกับนิโคตินสังเคราะห์ชนิดฟรีเบส (Freebase) ซึ่งมีความเหลวค่อนข้างสูง

4) บุหรี่ไฟฟารุ่นที่สี่ (Pod Mods หรือ Pod System) มักใช้เกลือนิโคติน (Nicotine Salt) ที่มีค่า pH ต่ำกว่านิโคตินสังเคราะห์ชนิดฟรีเบส ทำให้สามารถสูบได้โดยไม่ระคายเคืองคอ แม้จะมีปริมาณนิโคตินสูงกว่า นอกจากนี้ยังถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้เร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้สูบได้รับนิโคตินในปริมาณมากภายในเวลาสั้น นอกจากนี้ยังมีขนาดเล็กพกพาสะดวก และใช้งานง่าย จึงได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย บุหรี่ไฟฟารุ่นที่สี่นี้ ถูกออกแบบให้มีลักษณะดังตุ๊กตากลุ่มเด็ก และเยาวชนมากขึ้น โดยเฉพาะรูปแบบทอยพอด (Toy Pod) หรือบุหรี่ไฟฟ้าที่มีดีไซน์คล้ายของเล่น เช่น ตัวการ์ตูน สีสันสดใส หรือแม้แต่รูปร่างคล้ายปากกาและพวงกุญแจ



รูปที่ 1 วิวัฒนาการของบุหรี่ไฟฟ้า

นอกเหนือจากบุหรี่ไฟฟ้าทั้งสี่รุ่น ยังมีผลิตภัณฑ์อีกประเภทหนึ่งที่เรียกว่า “บุหรี่ไฟฟ้าแบบใช้ความร้อน” (Heated Tobacco Products: HTPPs) ซึ่งใช้เทคโนโลยี “Heat not Burn” โดยให้ความร้อนแก่ยาสูบที่อุณหภูมิประมาณ 350 องศาเซลเซียส ทำให้เกิดการปลดปล่อยนิโคตินในรูปแบบแท่ง (Stick) โดยหลีกเลี่ยงการเผาไหม้เหมือนบุหรี่มวนทั่วไป ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ได้รับค่านิยมในหมู่ผู้สูบบุหรี่ใหม่ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลิตภัณฑ์ประเภทนี้จะถูกนำเสนอว่าเป็นทางเลือกที่ลดอันตรายกว่าบุหรี่แบบดั้งเดิม แต่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของสารระเหยที่เกิดจากการให้ความร้อนแทนการเผาไหม้ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว⁽⁹⁾

องค์ประกอบของบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้าประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ แบตเตอรี่ ตัวทำให้เกิดความร้อนและไอ และน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า น้ำยานี้มีส่วนประกอบหลัก ได้แก่ นิโคติน (Nicotine) เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่พบได้ทั้งในบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้า โพรพิลีนไกลคอล (Propylene Glycol) เป็นสารประกอบที่ทำให้เกิดไอระเหย กลีเซอริน (Glycerin) เป็นสารเพิ่มความชื้น และสารแต่งกลิ่นและรสที่ช่วยเพิ่มกลิ่นและรสชาติให้ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเข้าใจผิดว่ารสชาติหอมหวานที่ได้รับไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบสารอันตรายอื่นๆ เช่น โลหะหนักและสารก่อมะเร็งบางชนิดที่อาจเกิดจากกระบวนการให้ความร้อนภายในอุปกรณ์⁽¹⁰⁾

ผลกระทบต่อสุขภาพ

การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีผลกระทบต่อตัวผู้สูบเองโดยตรง บุคคลรอบข้างผ่านการสัมผัสควันบุหรี่ไฟฟ้ามีสองรวมทั้งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ผลกระทบทางตรงกับร่างกายของผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าการสูดไอระเหยจากน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งมีส่วนประกอบของสารเคมีหลากหลายชนิด เช่น โพรพิลีนไกลคอล กลีเซอริน พอร์มาลดีไฮด์ อะซีตัลดีไฮด์ โลหะหนัก และนิโคติน ยังคงส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย ผ่านกลไกทางชีวภาพหลายประการ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ไอระเหยเหล่านี้สามารถเหนี่ยวนำให้เซลล์เยื่อทางเดินหายใจหลังสารกระตุ้นการอักเสบที่ส่งผลให้เกิดการเหนี่ยวนำเซลล์เม็ดเลือดขาวเข้ามาทำลายเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและการทำลายผิวเยื่อ ส่งผลให้เกิดภาวะถุงลมโป่งพอง และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะปอดอักเสบเฉียบพลันจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette or Vaping Product Use-Associated Lung Injury: EVALI) ซึ่งเป็นภาวะที่พบในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายงานว่าภาวะดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการเสียสมดุลของไขมันในปอด การทำลายระบบภูมิคุ้มกันของปอดและการอักเสบในระดับลึกของเนื้อเยื่อปอดที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้⁽¹¹⁻¹³⁾ นอกจากนี้โคโคตินซึ่งเป็นสารกระตุ้นประสาท ยังมีผลกระทบต่อหลอดเลือดโดยตรง โดยไปกระตุ้นการหลั่งสารอะดรีนาลีนซึ่งทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น และหัวใจเต้นเร็ว เป็นกลไกสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁾ ส่วนในระบบประสาทนิโคตินสามารถรบกวนการทำงานของสมองโดยมีผลต่อสมดุลสารสื่อประสาท เช่น โดพามีน และนอร์เอพิเนฟริน ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความจำ และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จึงเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และสมาธิสั้น โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งสมองยังอยู่ในระยะพัฒนา สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก สารเคมีในไอระเหยสามารถทำลายเยื่อในช่องปาก เพิ่มการสะสมของคราบจุลินทรีย์ทำให้เกิดกลิ่นปาก เหงือกอักเสบ และเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งในช่องปาก ขณะเดียวกันบุคคลรอบข้างที่ได้รับไอระเหยมือสองจากบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ อาจได้รับผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักเด็กแรกเกิดต่ำ และพัฒนาการทางสมองที่ผิดปกติ⁽¹⁴⁾

ทั้งนี้เพราะไอระเหยจากบุหรี่ไฟฟ้าสามารถแพร่กระจายได้ง่ายและซึมผ่านระบบทางเดินหายใจและเข้าสู่กระแสเลือดของทั้งแม่และทารกได้⁽¹⁵⁾ ผลกระทบทางสังคมและสิ่งแวดล้อมควันบุหรี่ไฟฟ้าที่เกิดจากการเผาไหม้ ทำให้เกิดเป็นไอน้ำ และเป็นฝุ่น PM ขนาดเพียง 1.0-2.5 ไมครอน ซึ่งมีขนาดเล็กมากเข้าถึงปอดได้ง่าย สามารถแทรกซึมไปตามอวัยวะต่างๆ ผ่านกระแสเลือด นอกจากนี้การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดขยะอิเล็กทรอนิกส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะแบตเตอรี่ลิเทียม ขดลวดโลหะและภาชนะบรรจุน้ำยา ซึ่งไม่สามารถย่อยสลายทางชีวภาพได้และอาจปล่อยโลหะหนักปนเปื้อนสู่ดินและน้ำ ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศอย่างรุนแรง อีกทั้งยังมีความเสี่ยงด้านความปลอดภัย เช่น การระเบิดจากแบตเตอรี่ที่เสื่อมสภาพ ปัจจุบันยังขาดระบบจัดการและรีไซเคิลอย่างเป็นรูปธรรมในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย⁽¹⁶⁾ จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบโดยตรง บุคคลรอบข้างรวมทั้งสิ่งแวดล้อม⁽¹⁷⁾

อย่างไรก็ตาม แม้ว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในหลายระบบของร่างกาย แต่จากรายงานการทบทวน หลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อนในปี พ.ศ. 2561 ที่จัดทำโดย สำนักงานสาธารณสุขอังกฤษ (Public Health England)⁽¹⁸⁾ ได้มีการระบุถึงผลกระทบบางประการในเชิงบวกของบุหรี่ไฟฟ้าไว้เช่นกัน โดยเฉพาะในบริบทของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นเครื่องมือช่วยเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มวนที่เปลี่ยนมาใช้บุหรี่ไฟฟ้า มีแนวโน้มสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สูงขึ้นเมื่อเทียบกับการใช้วิธีทั่วไป เช่น การใช้แผ่นแปะนิโคติน อีกทั้งบุหรี่ไฟฟ้ายังมีข้อได้เปรียบในด้านการลดการรับสารพิษจากกระบวนการเผาไหม้ เช่น ทาร์และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึ่งเป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคระบบทางเดินหายใจ โดยการใช้บุหรี่ไฟฟ้าถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำกว่าการสูบบุหรี่มวนถึงร้อยละ 95 นอกจากนี้บุหรี่ไฟฟ้ายังไม่มี การเผาไหม้ที่ก่อให้เกิดกลิ่นเหม็นติดตัวหรือปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมเหมือนกับบุหรี่ทั่วไป อีกทั้งยังไม่ทิ้งก้นบุหรี่ซึ่งเป็นสาเหตุของขยะตกค้างและมลภาวะ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบเชิงบวกที่กล่าวมาข้างต้น ควรถูกพิจารณาโดยรอบคอบในบริบทของผู้ที่มีความต้องการเลิกสูบบุหรี่เท่านั้น ไม่ควรถูกนำมาใช้เป็นเหตุผลในการเริ่มต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนหรือบุคคลที่ไม่เคยมีประวัติการสูบบุหรี่มาก่อน

มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายห้ามนำเข้า และจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีโทษตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค และกฎหมายศุลกากร ซึ่งกำหนดมาตรการควบคุมอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมตามคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นสินค้าต้องห้ามในการจำหน่ายหรือให้บริการโดยผู้ฝ่าฝืนที่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจทั่วไปต้องได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หากเป็นผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้ส่งเข้ามาเพื่อจำหน่าย จะต้องได้รับโทษสูงขึ้นเป็นจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับไม่เกิน 1,000,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 มาตรา 244 และ 246 ยังระบุว่า ผู้ที่นำเข้า ส่งออก หรือครอบครองบุหรี่ไฟฟ้าที่ไม่ได้ผ่านพิธีการศุลกากรอย่างถูกต้อง ถือเป็น การกระทำความผิดกฎหมาย โดยมีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁽²⁰⁾ สำหรับกำลังพลกองทัพอากาศ ในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด มีหน้าที่หลีกเลี่ยงการครอบครอง ใช้น้ำ หรือสนับสนุนการนำเข้าหรือจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีต่อสังคม รวมถึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายดังกล่าวเพื่อนำไปเผยแพร่ให้แก่ ครอบครัว และประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ การเสริมสร้างวินัยและความตระหนักรู้เกี่ยวกับโทษทางกฎหมายและผลกระทบต่อสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้า จะช่วยให้กำลังพลสามารถป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงและมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการป้องกันและควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเขตกองทัพอากาศ

ตามนโยบายผู้บัญชาการทหารอากาศประจำปี พุทธศักราช 2567-2568 “Unbeatable Air Force” กองทัพอากาศที่แข็งแกร่งและมีประสิทธิภาพ การพัฒนา กำลังพลให้มีความพร้อมในการปฏิบัติภารกิจทั้งด้านการรบ และภารกิจช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม จำเป็นต้องอาศัย สุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเป็นพื้นฐานสำคัญ⁽²¹⁾ ดังนั้นการป้องกันและควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเขตกองทัพอากาศ จึงเป็นมาตรการที่สำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพของกำลังพล ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ภายใต

กฎหมายที่ห้ามนำเข้า จำหน่าย และครอบครองบุหรี่ไฟฟ้า กำลังพลกองทัพอากาศทุกหน่วยล้วนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินแนวทางการป้องกันและควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าใน เขตกองทัพอากาศ อาทิ กำลังพลสังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ จะเป็นผู้ดำเนินการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของ บุหรี่ไฟฟ้าในด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในส่วนของ กำลังพลสังกัดกรมจเรทหารอากาศจะมีหน้าที่ในการกำกับ ดูแลและตรวจสอบการปฏิบัติตามระเบียบวินัย โดยเฉพาะการ บังคับใช้ข้อห้ามเกี่ยวกับการครอบครองบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อป้องกัน ผลกระทบทางกฎหมาย ในขณะที่หัวหน้าหน่วยขึ้นตรงกองทัพอากาศทุกหน่วยจะร่วมรณรงค์ให้กำลังพลตระหนักถึงความ สำคัญของการดูแลสุขภาพและการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ สังคมในการงดเว้นจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ทั้งนี้เพื่อสนับสนุน เป้าหมายของกองทัพอากาศในการพัฒนาขีดความสามารถของ กำลังพลให้แข็งแกร่งและมีความพร้อมในการปกป้องอธิปไตย ของประเทศอย่างยั่งยืน

การป้องกันการใช้นิโคตินไฟฟ้า

การป้องกันการใช้นิโคตินไฟฟ้าสำหรับกำลังพล ทหารอากาศมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการรักษาสุขภาพ ของกำลังพลถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาขีดความสามารถ และความพร้อมของกองทัพอากาศในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์ที่ผู้เขียนได้ ศึกษางานวิจัยหลายฉบับ พบว่าทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ของนักบิน⁽²²⁾ และถูกพัฒนาขึ้นโดยกองสภาคีชา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ เป็นแนวทางการป้องกันการใช้นิโคตินไฟฟ้าได้ โดยเน้นการให้ เกิดทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า รู้จักผลกระทบทางสุขภาพ และสามารถเลือกที่จะ หลีกเลี่ยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างชาญฉลาด นำไปสู่การ ตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งชี้แนะหรือบอกต่อ ไปสู่บุคคลในครอบครัว ชุมชนได้ จากการทบทวนวรรณกรรม ที่ผ่านมามีการศึกษานานาชาติ พบว่าความรอบรู้ด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้นิโคตินไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ⁽²⁴⁾ ผู้เขียนจึงเห็นความสำคัญของการประยุกต์ใช้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการใช้นิโคตินไฟฟ้า โดยการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ กำลังพลทหารอากาศนั้น มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูล กำลังพลต้องสามารถค้นหาและเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าผ่านช่องทางที่เชื่อถือได้ เช่น กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศ ที่ได้ดำเนินการเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าในรูปแบบต่างๆ อาทิ โปสเตอร์ สื่ออินโฟกราฟิก สื่อวิดีโอ แกะหน่วยขึ้นตรงต่างๆ ของกองทัพอากาศ

2) ความเข้าใจข้อมูล กำลังพลต้องสามารถเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างถูกต้อง เช่น ความแตกต่างระหว่างบุหรี่ไฟฟ้ากับบุหรี่ธรรมดา อันตรายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ความเชื่อหรือค่านิยมที่ผิดเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งผลกระทบทางสุขภาพระยะสั้นและระยะยาว โดย กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทยทหารอากาศได้ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์งดสูบบุหรี่หนึ่งในวันงดสูบบุหรี่โลก เพื่อให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่และให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่แก่กำลังพลในระดับหน่วยขึ้นตรง ทั้งนี้ผู้บังคับบัญชาจะสนับสนุนให้หน่วยงานของตนเองจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดรวมทั้งบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อส่งเสริมให้กำลังพลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างถูกต้อง

3) การโต้ตอบซักถาม กำลังพลต้องมีทักษะการรับรู้ข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เช่น การสอบถามว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากแค่ไหน และการประเมินว่าความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้านั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเองอย่างไร รวมถึงการสอบถามข้อมูลวิธีการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากแพทย์ หรือพยาบาล ในหน่วยงาน หรือการสอบถามขอคำปรึกษาจากหน่วยบริการด้านสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ มีหน้าที่บริการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ให้กับกำลังพลที่ต้องการเลิกโดยตรง

4) การตัดสินใจด้านสุขภาพ กำลังพลต้องสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีเหตุผล โดยการเลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรือยุติการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เพื่อรักษาสุขภาพของตนเองและความพร้อมในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ผู้บังคับบัญชาควรสนับสนุนให้ทหารช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาในหน่วยงานของตนที่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเต็มที่

5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กำลังพลต้องสามารถนำข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามาปรับใช้ในชีวิต

ประจำวัน เช่น การตัดสินใจเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้าหรือช่วยเพื่อนร่วมงานหรือครอบครัวให้ตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และแรงจูงใจไม่ยุ่งเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพที่ดีในหน่วยงาน

6) การบอกต่อ กำลังพลต้องสามารถสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพดีในองค์กร โดยการมีบทบาทในการรณรงค์หรือให้ข้อมูลแก่เพื่อนร่วมงานหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่ต่างๆ ของกองทัพอากาศ โดยผู้บังคับบัญชาสามารถมอบหมายให้กำลังพลระดับปฏิบัติการเป็นแกนนำรณรงค์ ซักชวน สื่อสารเชิงบวกกับเพื่อนร่วมงาน รวมถึงถ่ายทอดประสบการณ์หรือเรื่องราวความสำเร็จของผู้ที่เลิกบุหรี่ไฟฟ้าได้ผ่านช่องทางการสื่อสารภายในหน่วย

การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้จะช่วยให้กำลังพลมีกระบวนการคิดและตัดสินใจที่ดีเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของตนเองและของเพื่อนร่วมงาน และสามารถหลีกเลี่ยงปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยูนันท์ เทพา (2567) พบว่าภายหลังที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁵⁾

แนวทางการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า)

จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบและบุคคลรอบข้าง โดยเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และมะเร็งชนิดต่างๆ อีกทั้งยังทำลายสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศ การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการฟื้นฟูสุขภาพและลดความเสี่ยงจากโรคเหล่านี้ ซึ่งสามารถทำได้หลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับระดับของการพึ่งพาโคตินและความตั้งใจของผู้สูบ โดยสามารถประเมินระดับความรุนแรงของการติดยาโคตินได้หลายวิธี อาทิ แบบสอบถาม Heaviness of Smoking Index หากผู้สูบมีระดับการติดยาโคตินค่อนข้างสูงแสดงว่าหากหยุดสูบแล้วจะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มากและอาจเป็นอุปสรรค

ในการเลิกสูบบุหรี่ได้ การวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) ในลมหายใจเพื่อตรวจสอบการสูบบุหรี่ด้วยเครื่องตรวจเฉพาะ (Carbon Monoxide Breath Analyzer) จะสามารถบ่งชี้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ โดยค่าที่สูงกว่า 6 ppm อาจบ่งบอกถึงการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง การทดสอบนี้ใช้เป็นเครื่องมือช่วยเลิกบุหรี่⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ยังสามารถใช้การตรวจวัดระดับสารโคตินิน (cotinine) ในปัสสาวะหรือน้ำลายด้วยการตรวจหาสารโคตินินซึ่งเป็นสารเมตาโบไลต์ของนิโคตินที่ร่างกายสร้างขึ้นหลังจากได้รับนิโคตินจากการสูบบุหรี่หรือสัมผัสควันบุหรี่ ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเกิดความตระหนักในการเลิกบุหรี่ และยังสามารถนำมาตรวจเพื่อยืนยันผลการเลิกนิโคตินในภายหลังได้อีกด้วย สำหรับแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ได้ผลดี มีทั้งการรักษาด้วยบุคลากรทางการแพทย์และการใช้ยาเสริม เพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคติน เช่น หมากฝรั่งนิโคติน แผ่นแปะนิโคติน และยารับประทานสำหรับช่วยลดอาการอยากบุหรี่ สำหรับผู้ที่ยังไม่ติดนิโคตินในระดับรุนแรง อาจสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองโดยอาศัยแนวทาง “4 ล”⁽²⁷⁾

1) เลิกวัน กำหนดวันที่แน่นอนในการเลิกบุหรี่ โดยควรเป็นวันที่ใกล้ที่สุดเพื่อเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่จริงจัง เช่น วันพุธ ถือเป็นตัวเลือกที่ดี เนื่องจากช่วงบ่ายจะมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้กำลังพลมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย หลีกเลี่ยงการศึกษพบว่า การออกกำลังกายมีส่วนช่วยให้ประสบความสำเร็จจากการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ลับวาจา ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าควรแจ้งให้ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือผู้บังคับบัญชาทราบถึงความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ เพื่อขอรับกำลังใจและการสนับสนุนจากคนรอบข้าง สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ขอรับคำปรึกษาได้ที่หน่วยสุขภาพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์อากาศ

3) ลาอุปกรณ์ การกำจัดบุหรี่ไฟฟ้าและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจะช่วยลดสิ่งเร้าที่อาจกระตุ้นให้กลับไปสูบบุหรี่อีก พร้อมเปลี่ยนกิจกรรมที่มักทำร่วมกับคนสูบบุหรี่

4) คิดก่อนลงมือ การรับมือกับอาการถอนนิโคตินในช่วง 2-3 วันแรกหลังจากการหยุดสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากในระยะนี้อาการถอนนิโคตินและความอยากสูบบุหรี่เป็นอุปสรรคที่นำไปสู่ความล้มเหลวจากการเลิกบุหรี่ได้ โดย

อาการเหล่านี้มักจะเริ่มแสดงภายใน 4 ชั่วโมงหลังจากการหยุดสูบบุหรี่และมีความรุนแรงสูงสุดในช่วง 3-5 วันแรก ซึ่งอาจรวมถึงอาการหงุดหงิด วิตกกังวล สมาธิลดลง ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น อารมณ์ซึมเศร้า และปัญหาการนอนหลับ อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะบรรเทาลงภายใน 2 สัปดาห์ หากมีการจัดการอย่างเหมาะสม การมีความมุ่งมั่นและการยึดมั่นในเป้าหมายของตนเองถือเป็นกุญแจสำคัญในการผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้ เพื่อรับมือกับอาการถอนนิโคตินในช่วงแรก สามารถนำหลัก 5D มาใช้ในการปรับพฤติกรรมและลดความอยากสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁸⁾ ได้แก่

Delay: ยืดเวลาการอยากสูบบุหรี่ให้ช้าลง 3-5 นาที โดยไม่ไปหยิบบุหรี่มาสูบบุหรี่ทันทีที่เกิดความอยากสูบบุหรี่

Deep breath: หายใจเข้า-ออกลึกๆ 2-3 ครั้ง เพื่อผ่อนคลายและลดความอยาก

Drink water: ดื่มน้ำเปล่ามากๆ เพื่อช่วยลดความอยากและช่วยให้ร่างกายชุ่มชื้น

Do something else: หากิจกรรมทดแทนเพื่อลดความอยากบุหรี่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น หนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพคือการออกกำลังกาย ซึ่งช่วยลดความเครียดและเพิ่มระดับสารเอ็นโดรฟินที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย สำหรับกำลังพลกองทัพอากาศและประชาชนทั่วไป มีสถานที่ออกกำลังกายหลายแห่งที่สามารถเข้าถึงได้ อาทิ ห้องออกกำลังกาย Sky Fitness ณ อาคารจอดรถ กองบัญชาการกองทัพอากาศ ซึ่งเปิดให้บริการในวันราชการ ช่วงเช้าถึงค่ำ Air Force Fitness ณ อาคารฐปะเทสมัยที่ตั้งอยู่บริเวณด้านหลังโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งเปิดให้บริการทุกวัน สวมสุขภาพ ทอ.เฉลิมพระเกียรติ บริเวณแยก คปอ. ที่มีห้องลู่วิ่ง เสนอปั่นจักรยาน และเครื่องออกกำลังกายกลางแจ้ง รวมถึงสวนสุขภาพกองทัพอากาศ ซึ่งมีบรรยากาศร่มรื่นและเหมาะสำหรับการเดินหรือวิ่งออกกำลังกาย นอกจากนี้ สนามกีฬากองทัพอากาศ (ฐปะเทสมัย) ยังเป็นสนามกีฬาอเนกประสงค์ที่ให้บริการทั้งสนามฟุตบอล ลู่วิ่ง และสระว่ายน้ำ ซึ่งสามารถใช้เป็นทางเลือกในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความอยากบุหรี่ และส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

Destination: นึกถึงเป้าหมายของการเลิกใช้ผลิตภัณฑ์นิโคติน เพื่อกระตุ้นให้มีความตั้งใจและความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่เป็นกระบวนการ ที่ต้องอาศัยความมุ่งมั่นและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงการใช้แนวทางที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งนี้การขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในระยะยาว

กรณีตัวอย่างกำลังพลกองทัพอากาศที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า: การเข้าใจแรงจูงใจผ่านกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

แม้จะยังไม่มีข้อมูลสถิติเฉพาะในกลุ่มกำลังพลของกองทัพอากาศ แต่จากแนวโน้มการใช้นิโคตินไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานตอนต้น ทำให้เกิดข้อสังเกตว่าอาจมีพฤติกรรมลักษณะเดียวกันเกิดขึ้นในกลุ่มกำลังพลเช่นกัน พฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างค่อยๆ และมีแรงจูงใจแฝงอยู่หลากหลายประการ ซึ่งสมควรได้รับการศึกษาอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางในการป้องกัน และส่งเสริมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างตรงจุด และมีประสิทธิภาพ ผู้เขียนจึงได้นำเสนอข้อมูลจากการสัมภาษณ์กำลังพลกองทัพอากาศจำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นอาสาสมัคร ที่มีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้คำถามหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ แรงจูงใจในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้ถึงโทษของบุหรี่ไฟฟ้า และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมทั้งเชื่อมโยงการวิเคราะห์กับแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁽²⁹⁾ ซึ่งเป็นทฤษฎีทางสุขภาพที่อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเขาเกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยง เห็นถึงความรุนแรงของผลกระทบ เชื่อในประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง และสามารถจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลงนั้นได้อย่างมั่นใจ

กรณีตัวอย่างที่ 1 พันจ่าอากาศเอก ก. อายุ 32 ปี ข้าราชการทหารอากาศ

การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของผลกระทบ (Perceived Susceptibility & Perceived Severity): ผู้ให้ข้อมูลตระหนักว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ เนื่องจากมีสารนิโคตินและสารพิษเช่นเดียวกับบุหรี่มวน แต่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง สะท้อนว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงอาจยังไม่เพียงพอในการเปลี่ยนพฤติกรรม

การรับรู้ประโยชน์ของการสูบบุหรี่ (Perceived Benefits): บุคคลดังกล่าวมองว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นทางเลือกที่ดีกว่าบุหรี่มวน เพราะไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่รบกวนผู้อื่น และช่วยคลายเครียด

อุปสรรคต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม (Perceived Barriers): พบว่าปัจจัยแวดล้อม โดยเฉพาะการเข้าถึงคอมพิวเตอร์กับเพื่อนที่สูบบุหรี่ และความสะดวกในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ เป็นอุปสรรคสำคัญในการเลิกใช้

สิ่งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Cues to Action): การที่แฟนไม่ชอบให้สูบบุหรี่เมื่ออยู่ที่บ้าน เป็นแรงกระตุ้นทางสังคมที่อาจส่งผลต่อการคิดเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต

ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy): ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกว่าหากมีความตั้งใจและความเข้มแข็งทางใจ ก็อาจสามารถเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ แสดงถึงการมีศักยภาพในการควบคุมตนเอง

กรณีตัวอย่างที่ 2 นางสาว ข. อายุ 28 ปี ลูกจ้างประจำ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของผลกระทบ

(Perceived Susceptibility & Perceived Severity): บุคคลนี้มีความเข้าใจว่าบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงตั้งครรภ์และให้นมบุตร จึงตัดสินใจงดการสูบบุหรี่ในช่วงเวลาดังกล่าว แสดงถึงระดับการรับรู้ที่ชัดเจนต่อผลกระทบต่อการทารก

การรับรู้ประโยชน์ของการสูบบุหรี่ (Perceived Benefits): มองว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยผ่อนคลาย ลดความเครียด และสะดวกต่อการใช้งาน

อุปสรรคต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม (Perceived Barriers): ยังมีบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในที่ทำงานและมีการสูบบุหรี่บ้างในช่วงเวลาว่าง สภาพแวดล้อมจึงยังไม่เอื้อต่อการเลิกอย่างเด็ดขาด

สิ่งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Cues to Action): บทบาทความเป็นแม่และความห่วงใยลูกเป็นแรงผลักดันสำคัญที่จูงใจให้เกิดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy): แสดงความมุ่งมั่นที่จะเลิกสูบบุหรี่เพื่อครอบครัว สะท้อนถึงความเชื่อที่ตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ในระดับหนึ่ง

กรณีตัวอย่างทั้งสองสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรม การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มกำลังพลมีแรงจูงใจที่หลากหลาย และสัมพันธ์กับการรับรู้ในหลายมิติของแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจว่าความรู้ ความเชื่อ

และสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมมากเพียงใด การวางแผนเพื่อสนับสนุนให้กำลังพลเลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้า จึงควรมุ่งเน้นทั้งการให้ข้อมูลความรู้ การสร้างแรงกระตุ้นที่เหมาะสม และการสนับสนุนความสามารถในการควบคุมตนเองของแต่ละบุคคล รวมถึงการออกแบบสิ่งแวดล้อมและนโยบายในหน่วยงานที่ช่วยลดโอกาสในการเข้าถึงและใช้งานบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติและการวิจัยในอนาคต

เพื่อให้การควบคุมและป้องกันการใช้นิโคตินไฟฟ้าในกลุ่มกำลังพลกองทัพอากาศมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ใช้นิโคตินไฟฟ้า เพื่อทำความเข้าใจแรงจูงใจและบริบทของพฤติกรรมอย่างแท้จริง นำไปสู่การพัฒนาชุดฝึกอบรมเฉพาะสำหรับกำลังพล โดยใช้กรณีศึกษาจำลองสถานการณ์ในบริบทของทหารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมและตอบโต้ภัยเฉพาะกลุ่ม นอกจากนี้ควรบูรณาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น การใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพและสนับสนุนการเลิกนิโคตินแบบรายบุคคล ทั้งยังควรประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในกองทัพอากาศ กับหน่วยงานด้านสาธารณสุข อาทิ กรมแพทย์ทหารอากาศและกรมควบคุมโรค เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เหมาะสมและสร้างกลไกการเฝ้าระวังร่วมกัน รวมถึงควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการที่นำไปใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของบริษัทในอนาคต

บทสรุป

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสมรรถภาพของผู้ใช้และบุคคลรอบข้าง ซึ่งอาจลดทอนประสิทธิภาพในการปฏิบัติภารกิจที่ต้องอาศัยความพร้อมของร่างกายและจิตใจ บทความนี้ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย วิวัฒนาการและองค์ประกอบของบุหรี่ไฟฟ้า อันตรายต่อสุขภาพ มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางป้องกันและควบคุมในเขตกองทัพอากาศ โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และความสามารถในการตัดสินใจหลีกเลี่ยงการใช้นิโคตินไฟฟ้า นอกจากนี้ยังนำเสนอแนวทางเลิกบุหรี่ไฟฟ้าโดยใช้หลัก 4L และ 5D เพื่อสนับสนุน

ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ กำลังพลกองทัพอากาศสามารถมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดปัญหาการใช้นิโคตินไฟฟ้าในสังคมได้ โดยการเป็นแบบอย่างที่ดีในการรักษาสุขภาพและการไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงการถ่ายทอดความรู้และสร้างความตระหนักรู้แก่ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และชุมชนเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้กำลังพลยังสามารถมีส่วนร่วมในการสนับสนุนมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่ของกองทัพและสังคมโดยรวมผ่านการปฏิบัติตามกฎระเบียบและวินัยทหาร การส่งเสริมให้เกิดสังคมปลอดนิโคตินไฟฟ้าภายในกองทัพอากาศจะเป็นต้นแบบที่ดีให้กับเด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป และช่วยขับเคลื่อนมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในระดับประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้สังคมไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น และลดผลกระทบจากนิโคตินไฟฟ้าในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น 16 ก.พ. 2568]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf>
2. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กรม สบส. เผยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนไทย และพบความเข้าใจผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เลิกบุหรี่ได้สูงถึงร้อยละ 61.23 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น 16 ก.พ. 2568]. จาก: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=6024
3. Aycock CA, Little MA, et al. Motives for using electronic nicotine delivery systems (ENDS) as a cessation tool are associated with tobacco abstinence at 1-year follow-up: A prospective investigation among young adults in the United States Air Force. *Preventive Medicine Reports.* 2023;35(2023):102399.
4. Hall MT, Austin RP, Tai A, Richardson AG. Perceptions of harm from electronic-cigarette use among a sample of US Navy personnel. *Tobacco Prevention & Cessation.* 2017; 3:128. <http://doi.org/10.18332/tpc/78430>

5. กัญพัชร เศรษฐ์โชฎีก และภัทธา เพ็อกพันธ์. โฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า: เชื่อถือได้หรือไม่. วารสารพยาบาลทหารบก. 2567;25(1):48-55.
6. ศรีรัช ลอยสมุทร. "รู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดธุรกิจยาสูบ". ใน: รณชัย คงสกนธ์, บรรณาธิการ. ปกป้องเยาวชนจากกลยุทธ์การตลาดธุรกิจยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.); 2567. หน้า 18-28.
7. พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย, ชนุตตา พาโพนงาม, นฤมล ลาวน้อย, อาทิตยา บัวเรือง, ธิรดา จันทร์รุ่งเรือง และอัมพันธ์ บุญรอด. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(ฉบับเพิ่มเติม 2):197-205.
8. จัตรสุนทร พงษ์ภูมิปัญญา, วศิน พิพัฒน์ฉัตร. ภัยร้ายซ่อนเร้นบุหรี่ไฟฟ้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.); 2563.
9. Food and Drug Administration. How are Non-Combusted Cigarettes, Sometimes Called Heat-Not-Burn Products, Different from E-Cigarettes and Cigarettes? [Internet]. Silver Spring USA; 2024 [Accessed: Feb 20, 2025]. Available from: <https://www.fda.gov/tobacco-products/products-ingredients-components/how-are-non-combusted-cigarettes-sometimes-called-heat-not-burn-products-different-e-cigarettes-and-cigarettes>.
10. จารุวรรณ เกษมทรัพย์. บุหรี่ไฟฟ้าในมิติของสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย กฎหมายและเศรษฐกิจในประเทศไทย. วารสารเกษมบัณฑิต. 2561;19(2):92-107.
11. กิติพงษ์ เรือนพิชร์, บัณฑิต บณชุนทด, ธารีย์ แสงงาม, ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์. บทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):619-31.
12. Gotts JE, Jordt SE, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? *BMJ*. 2019;366:15275.
13. Madison MC, Landers CT, Gu BH, et al. Electronic cigarettes disrupt lung lipid homeostasis and innate immunity independent of nicotine. *J Clin Invest*. 2019;129(10):4290-304.
14. Galbo A, Izhakoff N, Courington C, Castro G, Lozan J, Pelaez JR. The Association Between Electronic Cigarette Use During Pregnancy and Unfavorable Birth Outcomes. *Cureus*. 2022;14(7):e26748. doi: 10.7759/cureus.26748.
15. Electronic Cigarette Use during Pregnancy: cotinine crosses placenta similar maternal; may cause spontaneous abortion, preterm birth. *Toxics (Basel)*. 2023;11(3):278.
16. Duan Z, Wang Y, Huang J, Redmon JH, Eriksen MP, Ong M, et al. A bibliometric analysis of e-cigarette waste research: Toward environmental sustainability. *Sci Total Environ*. 2022;838:155826.
17. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สร้างสุข บุหรี่ทุกชนิดอันตราย. จดหมายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพ. 2566;19(259):1-23.
18. McNeill A, Brose LS, Calder R, Bauld L, Robson D. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018: A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England; 2018.
19. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558: เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า "บารากู บารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู น้ำยาสำหรับเติมนิโคตินบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า". ราชกิจจานุเบกษา. 2558; 132(พิเศษ 39 ง):28-9.
20. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 (มาตรา 244 และ 246). ราชกิจจานุเบกษา. 2560;134(53 ก):26.

21. กองทัพอากาศ. นโยบายผู้บัญชาการทหารอากาศ พ.ศ. 2567-2578 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น 24 ก.พ. 2568]. จาก: <https://welcome-page.rtaf.mi.th/blog/e-ksaarephyaepr-11/noybaayphuubaychaa-kaarthaar-aakaas-ph-s-2567-2578-1607>
22. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072-8.
23. กองสุខศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน; 2561.
24. Zhang X, et al. The association between health literacy and ecigarette use: evidence from Zhejiang, China. *Frontier in Public Health.* 2024; 11:1321457. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1321457>.
25. ยूरนนท์ เทพา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภอางาว จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2567;34(2):12-26.
26. ชมพูนุท ลินธิพิบูลยกิจ, ทินกร เพิ่มพงศ์ไพบูลย์. การประเมินระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจเพื่อบ่งชี้การสูบบุหรี่ของกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารเทคนิคการแพทย์. 2561;46(2):6590-603.
27. สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา. สบยช. เตือนบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายไม่ต่างบุหรี่ปมวน เนะหลัก 4ล เลิกบุหรี่ปอง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้น 6 มี.ค. 2568]. จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/09/28520>
28. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, อัมพร กรอบทอง, บรรณานิติกร. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคตินในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ลินทวิกิจ พริ้นติ้ง; 2564.
29. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):328-35.

(Case Report)

Anesthetic Management in Jehovah's Witness Patient Underwent Acetabular Fractures Surgery: Case Report

Wg.Cdr. Alisara Koomwong MD.

Medical Doctor, Professional Level. Patong Hospital, Phuket, Thailand

Correspondence to : aliceanesth@gmail.com

(Received : 11 Apr 25, Revised : 14 May 25, Accepted : 27 May 25)

Abstract

Acetabular fractures surgery is a complex procedure with a high risk of significant blood loss. Anesthetic management for Jehovah's Witness patients, who hold a core belief of refusing blood transfusion, presents a challenging task for anesthesiologists. The role of the anesthesiologist extends beyond just providing anesthesia; it also involves important responsibilities such as monitoring, controlling blood pressure, maintaining the function of vital organs, and addressing any complications that arise during the surgery. This case report aims to present a study highlighting the dilemma between healthcare professionals' concerns about patient safety and respecting the patient's rights, along with approaches to minimizing perioperative blood loss, which requires multidisciplinary collaboration from preoperative preparation, special techniques during the surgery, and postoperative care.

Keywords : acetabular fractures, anesthesia, Jehovah's Witness

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 1 January - June 2025

(รายงานผู้ป่วย)

การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยพยานพระยะโฮวาห์ที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก: รายงานผู้ป่วย

น.ท.หญิง อลิสร่า คุ่มวงศ์ พบ.

นายแพทย์ชำนาญการ รพ.ป่าตอง จ.ภูเก็ต

บทคัดย่อ

การผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก เป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน มีโอกาสเสียเลือดมาก การดูแลให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยพยานพระยะโฮวาห์ ซึ่งมีความเชื่อสำคัญคือ ปฏิเสธการรักษาโดยการถ่ายเลือด จึงเป็นงานที่ท้าทายบทบาทของวิสัญญีแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้มีหน้าที่เพียงให้การระงับความรู้สึกเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง, ควบคุมความดันโลหิต, รักษาการทำงานของอวัยวะต่างๆ ให้เป็นปกติ และแก้ไขภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัด รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาที่มีความขัดแย้งระหว่างความรู้สึกของบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ความปลอดภัยกับการเคารพสิทธิผู้ป่วย รวมถึงแนวทางลดการเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด ซึ่งอาศัยการทำงานร่วมกันของสหสาขา ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เทคนิคพิเศษระหว่างผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด

คำสำคัญ : กระดูกเชิงกรานและเบ้าสะโพกหัก, การระงับความรู้สึก, พยานพระยะโฮวาห์

Case report

A 59-year-old female Jehovah's Witness was referred to Orthopedics Department, Bhumibol Adulyadej Hospital with a closed fracture right acetabulum after a motorcycle accident for definitive surgery. Before referral, skeletal traction had been placed on the right leg. CT pelvis 3D reconstruction showed displaced fracture of right superior pubic ramus, comminuted fracture of right iliac wing, displaced fracture of anterior column, superior and posterior wall of right acetabulum and hematoma at right retroperitoneal and pelvic cavity. On arrival at the hospital, the patient had a good level of consciousness. Her blood pressure was 125/91 mmHg. and heart rate was 88/min. Preoperative investigation showed Hb of 11.5 g/dl. with normal coagulogram. The patient was scheduled for open reduction and internal fixation with low profile pelvic plate at right acetabulum with preliminary estimated blood loss of 1,500 ml.

A multidisciplinary team was consulted for preoperative evaluation and preparation four days before this time-sensitive surgery. The patient insisted on refusing all kinds of blood and blood products transfusion after the risks of bleeding and blood transfusion refusal were informed but accepted intraoperative blood salvage technique. She was given erythropoietin alfa 10,000 IU. subcutaneously daily for 3 days. On the day of surgery, her Hb raised to 12.4 g/dl.

Intra-operative period

General anesthesia with endotracheal tube was performed using fentanyl, propofol and succinylcholine. Two large bore (18G) intravenous lines access were done. Arterial line at left radial artery and central venous catheter at right subclavian vein were also placed uneventfully. Depth of anesthesia was maintained with Sevoflurane in

60 % Oxygen, atracurium and morphine to keep MAP 60-80 mmHg. Core temperature was monitored by nasal temperature probe. Active warming using forced air warmer to prevent hypothermia. Surgeon decided to use limited open reduction and internal fixation via iliofemoral approach with the purpose of minimizing blood loss. One gram of Tranexamic acid was given intravenously before the operation started and repeated once when the operation finished. Intraoperative cell salvage was set up and ready to use. The total operative time lasted 2 hours 12 minutes and overall estimated blood loss was 250 ml.

The patient was extubated smoothly in the operating room and transferred to PACU. Her immediate post operative Hb was 10.1 g/dl and decreased to 9.3 g/dl on the next day. She has been taking oral iron and folic acid continuously. The patient could go home four days after surgery without any complication. Her Hb before discharged was 10.0 g/dl.

Discussion

There are over 9 million Jehovah's Witness worldwide which is increasing all over the world. Jehovah's Witness in Thailand is currently 5,526 which the population ratio is 1 to 13,153⁽¹⁾. Although the number in Thailand is small, there is a chance that this group of people will need surgery. Medical professionals should understand that Jehovah's Witnesses deeply value life and take reasonable measures to preserve it. They actively pursue quality healthcare and accept most medical treatments. Jehovah's Witness don't accept the transfusion of whole blood and primary blood components (red cell, white cell, plasma and platelet) according to religious issue⁽²⁾. Autologous pre-donation is also unacceptable. They avoid

taking blood not only in obedience to God but also out of respect for him as the Giver of life. The willing acceptance of blood transfusions by Jehovah's Witnesses has in some cases led to expulsion from and ostracisation by their religious community. This refusal brings anesthesiologists into a dilemma of choices between preserving the patient's wellbeing or respect their decision.

Jehovah's Witnesses maintain a global network of over 1,700 Hospital Liaison Committees (HLC) across more than 110 countries, including Thailand. These committees consist of community-based ministers who engage effectively with hospital staff, social workers, and members of the judiciary. In this instance, the local HLC supplied clinical papers and information on strategies to avoid blood transfusions while also addressing ethical considerations relevant to the patient's medical care and the clinicians involved.

Anesthetic management in these patients should be considered the following issues comprehensively.

1. Preoperative evaluation

Medical history and physical examination are still an important foundation. Clinician should pay attention on history of anemia and abnormal bleeding including family history and coexisting diseases that may affect hematological status. Identify current medications and dietary which may adversely affect hemostasis. Previous surgical history and amount of blood loss including factors that may increase risk of bleeding (re-operation, significant adhesion, radiation therapy) should be obtained⁽³⁾. Complete blood count and coagulogram help diagnosis of anemia and coagulopathy respectively. Phlebotomy should be limited to necessary diagnostic testing and decrease volume drawn by pediatric-size tubes should be considered⁽²⁻⁴⁾.

2. Preoperative preparation

Discontinue antiplatelet and anticoagulant properly before surgery. Postpone non-urgent surgery for patients who do not stop anticoagulant/antiplatelet. For urgent surgery, consider normalize coagulation with appropriate agents (vitamin K, concentrated clotting factors). If the patient is anemic, identify the possible causes of anemia (such as gynecological hemorrhage, iron deficiency) and provide treatment⁽³⁾. Intravenous iron may replenish iron stores more quickly and efficiency than oral iron therapy. However, intravenous iron should be considered for patients with low iron stores, intolerance to oral iron, inadequate absorption or noncompliance or for patients with chronic or severe blood loss.

If Hb levels is less than 13 g/dl, optimize preoperative red blood cell production by using Recombinant erythropoietin (r-HuEPO) at least 6 weeks prior elective surgery^(2,4) and administer supplementary iron to support erythropoiesis. Consider supplementary folate and vitamin B12, especially in the elderly and patients who have had gastric surgery. In case of time sensitive surgery, the first dose of r-HuEPO should be given at least 2-3 weeks before operation⁽⁵⁾ and the last dose on the day of surgery. The response to r-HuEPO is dose dependent and varies among patients. If a sufficient response is seen after the second or third dose, then subsequent doses should be omitted. Raksamani⁽⁶⁾ reported a case of Jehovah's Witness with concealed ruptured of gastrointestinal stomach tumor. After receiving EPO 10,000 units subcutaneously every other day for 2 weeks, the patient's Hct raised from 12.5 % to 29.4 %. However, in our urgent case, after weigh the risk and benefits we decided to go on surgery. Even though r-HuEPO was given to our patient only three days prior to surgery, it has been

shown to be beneficial in increasing red blood cell concentration.

3. Consent form^(2,4)

For a competent adult Jehovah's Witness, the refusal of blood is lawful and must be respected. Discussion of the surgical procedure including risk associated with refusal of blood transfusion should be part of the informed consent. The absolute refusal of whole blood and major blood components is a core value of Jehovah's Witness. However, some Jehovah's Witnesses accept derivatives of primary blood components such as albumin solutions, cryoprecipitate, clotting factor concentrates and blood conservation techniques. Physician should ask to clarify their own personal decision prior surgery. This discussion should be in the presence of a witness, be documented in detail and signed.

4. Intraoperative management

All relevant issues including products or procedures which the patient will or will not accept should be mentioned during the time of surgical safety checklist⁽²⁾. Minimizing blood loss is a key in these patients and there are several ways to minimize blood loss during surgery.

Surgical techniques^(3,7): surgical techniques play an important role. Minimal invasive surgery, least traumatic surgical approach, minimize duration of surgery and good patient positioning can reduce blood loss. In complex procedures, staged surgery and prophylactic angiographic embolization should be considered. Using appropriate combination of techniques and hemostatic surgical instruments has a synergistic effect on reduction of blood loss. In this case, surgeon has changed technique to limited open reduction and internal fixation. Although this surgery did not perfectly fix the fractures, it could restore function and significantly reduce blood loss than traditional surgery.

Pharmacological enhancement of hemostasis:

Antifibrinolytics may be administered prophylactically in patients at high risk of bleeding. Tranexamic acid is widely used in orthopedic surgery with various doses and has been found to reduce blood loss without increasing the risk of thrombosis⁽⁶⁾.

Maintain normothermia: hypothermia may increase blood loss due to platelet dysfunction and impairment of coagulation protein function. Anesthesia team should employ active warming during preinduction, intraoperative and postoperative period. Keeping the patient covered as much as possible. Warm all intravenous fluids and monitor patient's core temperature during the procedure.

Controlled hypotensive anesthesia: deliberate hypotension is one of the blood conservation techniques. A mean arterial blood pressure (MAP) reduction by 30 % from the patient's baseline MAP is recommended. The systolic blood pressure (SBP) is reduced to 80-90 mmHg and MAP is reduced to 50-65 mmHg. in patients with ASA PS class I. Modified hypotensive anesthesia techniques by keeping SBP 85-90 mmHg and MAP 60-70 mmHg is applied for ASA II patients. Mortality due to controlled hypotension and consequent ischemic organ failure was 0.02-0.06 %. Contraindications to controlled hypotension include uncontrolled hypertension, coronary artery disease, cerebral vascular disease, severe pulmonary disease, renal disease, hepatic disease, pregnancy and hypovolemia. Regional anesthesia is considered to be the first line to implement deliberate hypotension during surgery. Total intravenous anesthesia (TIVA) using fentanyl with propofol or inhalation anesthesia is also used to achieve permissive hypotension. If MAP is still above 65 mmHg, then vasodilators (sodium nitroprusside, hydralazine, nitroglycerine, Calcium channel blocker and beta blocker) can be used. Hypotensive anes-

thetia should start at time of skin incision and return to normal prior to skin closure.

Acute normovolemic hemodilution (ANH): venous blood will be drained from patient by gravity into a collecting bag containing anticoagulant after induction of anesthesia and replaced with crystalloid or colloid solution to maintain intravascular volume. When surgical blood loss makes patient has low hematocrit, this blood is re-infused to the patient. Patients with low ejection fraction (<45 %), renal failure with oliguria and low baseline hemoglobin (<11 g/dl) are contraindications for ANH⁽¹⁰⁾. Jehovah's Witness patients who concern about the interruption of blood in circulation may accept this technique if anesthesiologist can ensure the continuity of circulation⁽¹¹⁾.

Surgical blood salvage technique: cell salvage is a relatively simple and effective blood conservation technique which should be considered in all patients undergoing orthopedic surgery when blood loss is expected to be more than 500 ml.⁽¹²⁾ The cell saver collects blood that has been suctioned from the surgical field. The blood is mixed with an anticoagulant then passes through filters to remove debris. Red cells are separated by centrifuge technology, washed and then pumped into a bag for re-infusion to the patient. The blood processing system is set up during surgery only if enough blood has been collected for processing to be worthwhile, usually more than 500 ml. Most Jehovah's Witness patients accept cell salvage, however this still should be discussed individually and documented before surgery. In this case which estimate blood loss was only 250 ml. did not receive the salvaged blood.

5. Postoperative management^(2,7)

Monitor patient frequently to identify and quantify any bleedings to facilitate prompt diagnosis and treatment. Consider monitoring coagulation and

platelet function using point of care viscoelastic analysis. Maintain normovolemia, normothermia. Avoid patient's hypertension and give adequate pain control. Optimize oxygen delivery and consumption. Prevent sepsis and adequately supplement nutrition, iron, vitamin B12 and folate.

Conclusion

Although the surgery of this patient was uneventful, a good understanding of Jehovah's Witness need to be discussed. Correct knowledge and good communication between the multidisciplinary team, especially communication with patients, lead to good planning and are the keys to success.

Blood conservation techniques are not limited to intra-operative period but also starts from pre-operative evaluation and preparation. There are several ways in minimizing intraoperative blood loss strategy. Assess patients and select the most appropriate choices for each individual patient and hospital.

เอกสารอ้างอิง

1. JW.ORG. Jehovah's Witnesses Around the World. {Online}, 2025 April 2. <URL>: <https://www.jw.org/en/jehovahs-witnesses/worldwide/TH/>
2. Klein AA, Bailey CR, Charlton A, et al. Association of Anaesthetists: anaesthesia and peri-operative care for Jehovah's Witnesses and patients who refuse blood. *Anaesthesia*. 2018;74(1):74-82.
3. JW.ORG. Clinical strategies for avoiding and controlling hemorrhage and anemia without blood transfusion in surgical patients. {Online}, 2025 April 2. <URL>: <https://www.jw.org/en/medical-library/medical-information/perioperative-care-anesthesiology/>

4. Wujtewicz M. Perioperative strategies in patients who refuse blood product transfusion. *POL PRZEGL CHIR.* 2020;92(5):43-9.
5. Shah J, Fitz-Henry J. peri-operative care series. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011;93:429-31.
6. Raksamani K, Pongraweewan O, Jirachaipitak S. Anesthesia for Jehovah's Witness with critical anemia from ruptured stomach GIST. *Siriraj Med J.* 2010;62:215-6.
7. The Royal College of Surgeons. Caring for patients who refuse blood. {Online}, 2025 April 7. <URL>: https://www.rcseng.ac.uk/-/media/Files/RCS/Standards-and-research/Standards-and-policy/Good-Practice-Guides/New-Docs-May-2019/RCS-_Caring-for-Patients-Refuse-Blood.pdf
8. Haratian A, Shelby T, Hasan L K, Bolia I K, Webwe A E, Petrigliano F A. Utilization of Tranexamic acid in surgical orthopaedic practice: Indication and current considerations. *Orthopedic Research and Reviews.* 2021;13:187-99.
9. Tegegne SS, Gebregzi AH, Arefayne NR. Deliberate hypotension as mechanism to decrease intraoperative surgical site blood loss in resource limited setting: A systematic review and guideline. *Internal Journal of Surgery Open.* 2021;29:55-65.
10. Perini FV, Montano-Pedroso JC, Oliveira LC, et al. Acute normovolemic hemodilution and intraoperative autotransfusion. Consensus of the Brazilian association of hematology, hemotherapy and cellular therapy on patient blood management. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2024;46(s1):S48-S52.
11. Lawal OO, Momoh MO, Okome GB, Okpunu CE, Ikhifa CE, Arebun J. Utilization acute normovolemic hemodilution for blood conservation in myomectomy for Jehovah's witness: A case report. *SAGE Open Medical Case Reports.* 2024;12:1-4.
12. Klein AA, Bailey CR, Charlton AJ, et al. Association of Anaesthetists guideline: cell salvage for peri-operative blood conservation 2018. *Anaesthesia.* 2018;73:1141-50.

คำแนะนำในการเตรียมบทความและการเขียนเอกสารอ้างอิง

กองบรรณาธิการได้กำหนดระเบียบการส่งต้นฉบับไว้ให้ผู้เขียนยึดเป็นแนวทางในการส่งต้นฉบับสำหรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารแพทยสารทหารอากาศ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ส่งบทความใช้เป็นรูปแบบในการเขียนบทความได้ถูกต้องตามรูปแบบของวารสารแพทยสารทหารอากาศ โดยมีระเบียบการดังนี้

การเตรียมต้นฉบับ มีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดรูปแบบหน้าของบทความ

บทความต้องจัดส่งในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยพิมพ์บทความในกระดาษ A4 ขนาด 210 มม. X 297 มม. (8.27 นิ้ว x 11.69 นิ้ว) บทความมีจำนวน 10-15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง (หรือไม่เกิน 15 หน้า) รูปแบบการพิมพ์เป็นแบบ 1 คอลัมน์ ส่วนที่ยกเว้นสำหรับการพิมพ์แบบสองคอลัมน์ คือ ชื่อบทความ ชื่อผู้เขียน สถาบันและอีเมล และรูปประกอบหรือตารางขนาดที่มีขนาดใหญ่ กำหนดระยะห่างของขอบกระดาษทุกด้านให้มีขนาด 2.54 ซม. จักรยะระหว่างบรรทัดเป็นหนึ่งเท่า (Single) จัดย่อหน้าแบบชิดขอบ และจัดส่งมาในรูปแบบเอกสารที่จัดทำในโปรแกรม Microsoft Words บันทึกมาในรูปแบบไฟล์นามสกุล “doc” หรือ “docx” (Microsoft Word เวอร์ชัน 2003 หรือเวอร์ชันใหม่กว่า)

2. การจัดพิมพ์บทความ

2.1 เนื้อหาของบทความใช้กระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว กำหนดระยะห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว (2.54 ซม.) เท่ากันทุกด้าน

2.2 ตัวอักษรใช้รูปแบบ TH Sarabun PSK ขนาดและชนิดต่าง ๆ ดังนี้

รายการ	ขนาด	ชนิด
ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)	18 (กึ่งกลาง)	ตัวหนา
ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)	18 (กึ่งกลาง)	ตัวหนา
ชื่อผู้เขียนและสังกัด (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)	12 (กึ่งกลาง)	ตัวธรรมดา
ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด และอีเมลของผู้เขียน (Footnote)	12 (กึ่งกลาง)	ตัวธรรมดา
หัวข้อของบทคัดย่อ / Abstract	18 (ชิดซ้าย)	ตัวหนา
เนื้อหาบทคัดย่อ / Abstract	16 (ย่อหน้าบรรทัดแรก)	ตัวธรรมดา
คำสำคัญ / Keywords	16 (ชิดซ้าย)	ตัวธรรมดา
หัวข้อเรื่อง (ไม่ลำดับเลข)	18 (ชิดซ้าย)	ตัวหนา
หัวข้อย่อย	16 (ย่อหน้าบรรทัดแรก)	ตัวหนา
เนื้อเรื่อง	16 (ย่อหน้าบรรทัดแรก)	ตัวธรรมดา
เอกสารอ้างอิง	18 (ชิดซ้าย)	ตัวหนา
ชื่อตาราง (ระบุไว้บนตาราง)	16 (ชิดซ้าย)	ตัวหนา
ชื่อรูป ชื่อแผนภูมิ (ระบุชื่อไว้ใต้รูปแผนภูมิ)	16 (กึ่งกลาง)	ตัวหนา

ส่วนประกอบของบทความตามลำดับ ดังนี้

- ชื่อบทความ เรียงลำดับ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ (ไม่ต้องใส่วงเล็บ)
- ข้อมูลผู้เขียนบทความทุกคน ประกอบด้วย ชื่อผู้เขียนและสังกัด (กึ่งกลาง) ข้อมูลติดต่อผู้เขียน (เชิงอรรถ) ทั้งนี้หากมีข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้เขียนหรือบทความให้เขียนไว้ที่เชิงอรรถหน้าแรก

3. ประเภทของบทความ ประกอบด้วย

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles) ได้แก่ บทความผลงานวิจัยที่สร้างขึ้นใหม่ ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล สรุป ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง คำสำคัญ (Key words) 2-5 คำ

รายงานผู้ป่วย (Case Reports) เขียนได้ 2 แบบ คือ รายงานอย่างละเอียดหรือสั้น ๆ ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์อาการทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เสนอข้อคิดเห็น สรุป เอกสารอ้างอิง และบทคัดย่อ

วิจัยสิ่งประดิษฐ์ (Innovations) กล่าวถึงสิ่งประดิษฐ์ ซึ่งจะเน้นรายละเอียดของส่วนประกอบ และการทดลองใช้สิ่งประดิษฐ์ ข้อดี ข้อเสีย ที่เกิดขึ้น โดยมีการทดลองตามขั้นตอน มีสถิติสนับสนุนวิจารณ์เหมือนกับเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ

บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review Articles) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะจากวารสารต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์ วิจารณ์ เปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวม สิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิจารณ์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

อภิปรายคลินิกร่วมพยาธิ (Clinico-pathological Conferences) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจที่มีการวินิจฉัยแน่นอน แสดงผลการตรวจที่น่าสนใจ รังสีภาพที่ช่วยในการวินิจฉัย ผลการตรวจชิ้นเนื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิจารณ์ และสรุปการวินิจฉัยโรค

4. ถ้ามีรูปภาพ

แผนภูมิ ตารางประกอบหรืออื่น ๆ ต้องมีหลายเลขกำกับในบทความอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้อง ชัดเจน และไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น ใช้รูปภาพสีหรือขาว-ดำ ที่มีความคมชัด และส่งภาพถ่ายต้นฉบับ (ถ้ามี) หรือไฟล์รูปภาพแยกต่างหากแนบมาพร้อมกับบทความด้วย

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนอ้างอิงแทรกในเนื้อหาให้ใช้ตัวเลขอารบิก ใส่ในวงเล็บแล้วยก (Superscript) ส่วนการเรียงลำดับเอกสารอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver แล้วนำมารวบรวมไว้ตามลำดับในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ การแจ้งเอกสารอ้างอิง ควรมีลักษณะดังนี้

- * วารสารภาษาอังกฤษ ให้เริ่มต้นด้วยนามสกุลของผู้เขียนคนแรก ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นและชื่อกลาง ใส่ชื่อผู้เขียนทุกคนด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยชื่อเรื่องของบทความ อ้างอิงชื่อวารสาร การย่อชื่อวารสาร ให้ใช้ตามแบบ Index Medicus และปีที่อ้างอิงให้ใช้ปีคริสต์ศักราช
- * ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป ให้ใส่ 3 ชื่อแรกแล้วเติม et. al.

- * กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นวารสาร ให้จัดลำดับและเครื่องหมายวรรคตอนดังนี้ ผู้แต่ง, ชื่อบทความ, ชื่อวารสาร, ปี; ปีที่ (vol.): หน้า ตัวอย่างเช่น Nicot GS, Merle LJ, Charmes JP, et. al. Transient glomerular proteinuria, enzymuria, and nephrotoxic reaction induced by radiocontrast media. JAMA. 1984;252(17):2432-4.
- * กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นหนังสือหรือตำรา ให้จัดลำดับและเครื่องหมายวรรคตอนดังนี้ ชื่อบรรณาธิการ ผู้แต่ง, ชื่อบท (ถ้ามี), ชื่อหนังสือ, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปี : หน้า ตัวอย่างเช่น กิตติกร มีทรัพย์. จิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ธุรกิจการพิมพ์, 2544.
- * กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นบทความในหนังสือหรือตำรา และผู้เขียนบทความมิได้เป็นบรรณาธิการ ให้จัดลำดับและเครื่องหมายวรรคตอนดังนี้ ผู้เขียน, ชื่อเรื่อง, ใน [ใส่ชื่อบรรณาธิการ แล้ววงเล็บว่า บรรณาธิการ], ชื่อหนังสือ, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปี : หน้า ตัวอย่างเช่น สมจิต หนูเจริญกุล และ ประคอง อินทรสมบัติ. "การประเมินผลการพยาบาล" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 8-15. หน้า 749-781. มยุรา กาญจนางกูร, บรรณาธิการ, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2536.
- * กรณีอ้างอิงเอกสารในลักษณะอื่น
 - รายงานประจำปีหรือเอกสารเผยแพร่หน่วยงานหนึ่งซึ่งตีพิมพ์เป็นครั้งคราว ผู้แต่ง, ชื่อบทความ, ชื่อการประชุม ครั้งที่จัด สถานที่จัด, วัน เดือน ปีที่จัดประชุม : หน้า ตัวอย่างเช่น อุษณีย์ รังคะนานนท์. Prevention of Diabetes การประชุมวิชาการทางการแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ., ครั้งที่ 34, โรงแรมโซฟิเทล เซ็นทารา แกรนด์ กรุงเทพฯ. 24 มี.ค.54:329.
 - รายงานการอภิปรายหรือสัมมนาวิชาการซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร ตัวอย่างเช่น การอภิปรายหมู่เรื่อง 'Tuberculosis' 85 วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2528;6:79-96.
 - การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต ชื่อผู้ให้บริการ, ชื่อผู้แต่ง, ชื่อเรื่อง, {Online}, ปี เดือน วันที่ค้นข้อมูล <URL> ตัวอย่าง เช่น McKenzie BC. Medicine and the internet {Online}, 1995 Oct 13. <URL>:http://www.oup.co.uk/scimed/medit>.

6. ภาคผนวก

หากมีภาคผนวก ให้ใส่ไว้หลังจากบรรณานุกรม และใส่ชื่อภาคผนวกดังนี้ ภาคผนวก ก : ชื่อภาคผนวก ก.

7. การนำเสนอบทความต้นฉบับ

ผู้เขียนบทความต้องเข้าสู่สมัครสมาชิกในระบบวารสารออนไลน์ โดยเข้าไปที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg/user/profile> เมื่อสมัครเรียบร้อยแล้วจึงส่งบทความต้นฉบับ ที่พิมพ์ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร เข้าในระบบตามวิธีการที่กำหนด

ผู้เขียนสามารถเข้าดูขั้นตอนการส่งบทความและข้อมูลเพิ่มเติมได้ตามลิงก์นี้

<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1dv1OZchVQGoRUSDsRCjeWbtWFX-607T3>

8. เกณฑ์การพิจารณาบทความ

ต้นฉบับจะได้รับการอ่านประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกมหาวิทยาลัยในสาขาวิชานั้น ๆ จำนวน 2 ท่าน / 1 บทความ และส่งผลการประเมินคืนผู้เขียนเพื่อให้ปรับปรุง แก้ไข โดยมีหลักการดังนี้

8.1 กองบรรณาธิการและคณะกรรมการกลั่นกรองบทความ จะพิจารณาตรวจสอบบทความในเบื้องต้นภายใน 7 วัน หลังจากได้รับต้นฉบับแล้ว

8.2 บทความที่ได้รับการตอบรับจากกองบรรณาธิการแล้วคณะกรรมการกลั่นกรองบทความจะคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยในสาขาวิชานั้น ๆ จากนั้นจะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา โดยมีกำหนดเวลาภายใน 15 วัน

8.3 ถ้ามีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนแก้ไขภายใน 7 วัน

8.4 สำหรับบทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ โดยไม่มีการส่งต้นฉบับคืนแก่เจ้าของบทความ

9. ขั้นตอนแจ้งผลและแก้ไขบทความ

กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณา ส่วนของการแก้ไขให้เจ้าของบทความต้องแก้ไขบทความให้ถูกต้องตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด (การแก้ไขอาจมีมากกว่า 1 ครั้ง)

10. ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์