

วารสาร

การแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region 4



Approved by TCL during
2022-2024

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566
Volume 13 No. 1 January - April 2023

- รายงานผู้ป่วย ผลดีในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลังรักษาหายโควิด-19 ด้วยการฝังเข็มแผนจีน
- ความสัมพันธ์ของช่วงอายุมารดาต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ศึกษาในโรงพยาบาลถิ่น จังหวัดลำปาง
- การพัฒนาการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลซอนสมบูรณ์ อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้อง ในระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4
- อุบัติการณ์และความเสี่ยงในการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในผู้ป่วยที่ได้รับยา ซัลฟาเมทอกซาโซล-ไตรเมโทพริม ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสซิสโรเวอซีอ
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราที่บ้าน:กรณีศึกษา
- ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ตำบลหนองหล่ม อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง
- ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดแม่ฮ่องสอน
- การศึกษาความเข้าใจในการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤตในนักบริหารสาธารณสุข (กรณีศึกษาเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region 4

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

Volume 13 No.1 January - April 2023

เจ้าของ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี 76 หมู่ 5 ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 โทรศัพท์ 0 3626 6142 ต่อ 207	
วัตถุประสงค์	เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	
บรรณาธิการ	นายแพทย์เอนก มุ่งอ้อมกลาง	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
กองบรรณาธิการ	นายเดชา บัวเทศ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
	นายแพทย์วิทยา สวัสดิวัตน์พิงศ์	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี	นักวิชาการอิสระ
	ผศ.ดร.นพ. สุธี รัตนเมฆมงคล	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
	นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์	กรมควบคุมโรค
	นางสุจิตรา อังคศรีทองกุล	นักวิชาการอิสระ
	แพทย์หญิงพนัสนิย์ ธิติชัย	กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
	ผศ.ดร. เสาวนีย์ ทองนพคุณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	ดร.วະนิตา น้อยมนตรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.เทพนาฏ พุ่มไพบูลย์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.พญ. สาวิตรี วิษณุโยธิน	ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
	ภก.รศ.ดร. กัมปนาท หวลบุตตา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
	ดร. พรเลิศ ชุ่มชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท
	ดร. บุญสืบ โสโสม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท
	นายอภิรัตน์ ไส่กำปิง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
	นายกิตติพงษ์ สุขคุณณี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
	นายณพพงษ์ บำรุงพงษ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
	นายวุฒิศักดิ์ รักเดช	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ฝ่ายจัดการ	นายวุฒิศักดิ์ รักเดช	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
	นางสาวณัฐกานต์ ภูโหม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
	นายณัฐพล ผลาผล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
	นางสาวกวิวรรณ เหลืองเทียมทอง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
	นางสาวพิมพ์ธิดา ปาลวัฒน์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ผู้ประสาน	นางสาวพิมพ์ธิดา ปาลวัฒน์	E-mail address : drt.dpc2@gmail.com
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ : มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม	
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์อาร์ตควอลิไฟท์ จำกัด	โทร 0-2941-3677

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

โดยออกเผยแพร่บนเว็บไซต์วารสาร ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) รายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องตั้งนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย กิตติกรรมประกาศ(ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

บทความพินิจวิชา (Review article) เป็นบทความเพื่อพินิจวิชาการ ซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น ประกอบด้วยหัวข้อตั้งนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน อภิปราย และเอกสารอ้างอิง อาจเพิ่มความเห็นของผู้รวบรวมด้วยก็ได้ ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจหรือไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อย และมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน ประกอบด้วยหัวข้อตั้งนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ รายละเอียดที่พรรณนาผู้ป่วย อภิปราย และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

รายงานการสอบสวนโรค (Investigation Full Report) รายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา ประกอบด้วยหัวข้อตั้งนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวน มาตรการควบคุมและป้องกันโรค อภิปราย ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุปผลการสอบสวน ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

นวัตกรรม (Innovation) เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีการติดตาม ประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ โดยมีหัวข้อดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย สรุปผลการศึกษา กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

2. การเตรียมบทความ

กำหนดรูปแบบและขนาดอักษรที่ใช้ในเรื่องกำหนดไว้ดังนี้

ต้นฉบับภาษาไทย (โปรแกรม Word) – Font : Cordia New ขนาดตัวอักษร 14

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมี ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะชื่อบทความภาษาอังกฤษ ให้ตัวอักษรตัวแรกของชื่อเรื่องและ คำเฉพาะ เช่น ชื่อคน โรค สถานที่ สิ่งของ จังหวัด เป็นต้น เป็นตัวพิมพ์ใหญ่ นอกนั้นเป็นตัวพิมพ์เล็ก

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อและสกุล (ไม่ต้องระบุค่านำหน้านาม) และชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนสังกัดในปัจจุบัน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้นิพนธ์หลายคนและอยู่ต่างหน่วยงานกัน ให้ใส่หมายเลขยกด้านท้าย นามสกุล กับใส่หมายเลขยกด้านหน้าชื่อหน่วยงาน ในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อเชื่อมโยงกัน พร้อมทั้งใส่ เครื่องหมาย (*) ยกไว้หลังสกุลในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุอีเมลเพื่อติดต่อผู้นิพนธ์ (Corresponding author) หากผู้นิพนธ์ไม่ระบุ ทางวารสารฯ ขอกำหนดให้ผู้นิพนธ์ที่ส่งบทความเข้ามา เป็น Corresponding author

บทคัดย่อ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 250 คำ (1 ย่อหน้า) โดยมี ส่วนประกอบ ดังนี้ บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และอภิปราย ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารในบทคัดย่อ และต้องเขียนบทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) ไม่เกิน 5 คำหลัก คั่นระหว่างคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ในภาพรวม และภาพย่อย ข้อเท็จจริง สถิติที่พบ การอ้างอิงที่มาของสถิติในการศึกษาเรื่องเดียวกัน จากการศึกษาเรื่องอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์ ระบุเป็นข้อ ๆ ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษา

วัสดุและวิธีการศึกษา รูปแบบที่ใช้ในการศึกษา สถานที่ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ ตลอดจนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบทดสอบ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสถิติที่ใช้ และการได้รับความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา อธิบายผลในแต่ละส่วน แสดงตารางหรือแผนภูมิ เฉพาะที่สำคัญ ๆ และมีคำอธิบาย ตัวเลขที่สำคัญ เท่าที่จำเป็น

อภิปราย ควรเขียนอภิปรายของสิ่งที่พบ ตามหลักทฤษฎีและผลจากการวิจัยที่ผ่านมาความไม่สอดคล้องที่พบตามทฤษฎีและงานวิจัยอื่น ๆ การเสนอแนะประเด็นที่ควรทำเพิ่มเติม เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ(ถ้ามี) เขียนขอบคุณสั้น ๆ ต่อผู้มีอุปการคุณและต้นสังกัด หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการ และทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง กำหนดให้ใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดย

1. การอ้างอิงเอกสารให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากการอ้างอิงจากต้นฉบับที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และระบุ “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น

2. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ตัวเลขยกในวงเล็บ (1) วางบนบรรทัดท้ายข้อความ ไม่ต้องเว้นวรรค เรียงตามลำดับเนื้อเรื่อง และต้องสอดคล้องกับลำดับรายการอ้างอิง หากต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. การอ้างอิงจากเอกสารที่มากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดัก (-) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึงรายการสุดท้าย เช่น (1-3) และถ้าอ้างอิงเอกสารที่รายการลำดับไม่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่ต้องเว้นวรรค เช่น (2,4,7)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน)

บทความวารสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่ (Volume) และเล่มที่ (Issue number) : หน้าแรก – หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009;361(16) :1529-38.

2. Pratumrat Sittichai P. The Knowledge of Dengue Hemorrhagic Fever on Preventative Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever of Police Non-Commissioned Officer Student in Provincial Police Training Center Region 9. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences* 2020;3(2) :110-23. (in Thai)

บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [Internet]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]; ปีที่ (Volume) และเล่มที่ (Issue number) : เลขหน้าแรก – หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from : <http://...>

ตัวอย่าง

1. Kaeodumkoeng N, poolperm S. A study Of PrEP Service Model for HIV Prevention in The Public Health Service System. *Thai AIDS Journal* [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 9]; 34(2) :113-30. Available from : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/254693/175393> (in Thai)

2. Halbert CH, Allen CG. Basic behavioral science research priorities in minority health and health disparities. *Transl Behav Med* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 16];11(11) : 2033-42. Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34850925/>

คำอธิบาย 1. ผู้แต่ง คือ บุคคล กลุ่มคน ที่เป็นผู้เขียน ผู้แปล บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

1.1 ผู้แต่งเป็นบุคคล ให้ใช้สกุล และอักษรย่อของชื่อ

- ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย “et al.”

1.2 ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน หากมีหน่วยงานย่อย ภายใต้หน่วยงาน ให้ใช้หน่วยงานใหญ่แสดงก่อน

ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,” เช่น Department of Disease Control (TH), Division of Communicable Diseases

2. ชื่อหนังสือหรือชื่อบทความ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก นอกนั้นใช้อักษรตัวเล็ก ยกเว้นคำเฉพาะ เช่นชื่อคน ชื่อหน่วยงาน หรือชื่อสถานที่ เป็นต้น และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

3. ชื่อวารสาร กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อย่อหรือชื่อเต็มของวารสารนั้น กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อของวารสารที่ปรากฏใน Index Medicus ที่จัดทำโดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine : NLM)

4. ปีพิมพ์ ให้ใช้ ค.ศ.

5. เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย ค้นด้วยเครื่องหมายติดลบ (-) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) หลังเลขหน้าสุดท้าย ใส่ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และเลขสุดท้ายใส่เฉพาะเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขหน้าแรก ยกเว้นเลขโรมัน หรือเลขหน้าที่มีตัวอักษรต่อท้ายให้ระบุ เช่น

หน้า 15-19 ใช้ 15-9. หน้า 455-458 ใช้ 455-8.

หน้า 322-433 ใช้ 322-433. หน้า xi-xii ใช้ xi-xii.

หน้า 365A-378A ใช้ 365A-78A. หน้า S212-S216 ใช้ S212-6.

การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva : World Health Organization; 1979.

คำอธิบาย 1. ครั้งที่พิมพ์ ระบุตั้งแต่การพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ให้ใช้ว่า “ed” เช่น 3rd ed. 4th ed. เป็นต้น nd,rd,th ไม่ต้องทำด้วยก

2. เมืองที่พิมพ์ ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีมากกว่า 1 เมือง ให้ใส่ชื่อแรก ถ้าชื่อเมืองไม่เป็นที่รู้จัก ให้ใส่ชื่อรัฐหรือประเทศไว้ในวงเล็บกลมตามหลังชื่อเมือง หากไม่สามารถระบุเมืองได้ ให้ใช้คำว่า [place unknown]

3. สำนักพิมพ์ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏ หากต้องระบุว่าเป็นชื่อหน่วยงาน แล้วไม่มีชื่อสัญชาติอยู่ในชื่อหน่วยงาน ให้เพิ่มวงเล็บแล้วระบุรหัสประเทศเป็นตัวอักษรภาษาอังกฤษ 2 ตัว ตามหลังชื่อหน่วยงาน เช่น

Department of Disease Control (TH)

Centers for Disease Control and Prevention (US)

หากไม่สามารถระบุชื่อสำนักพิมพ์ได้ ให้ใช้คำว่า [publisher unknown]

4. ปีพิมพ์ใส่เฉพาะตัวเลขของปีที่พิมพ์ ให้ใช้คำว่า [date unknown]

การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

1. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In : Vogelstein B, Kinzler KM, editors. The genetic basis of human cancer. New York : McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์ : มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care : the elderly' s access and utilization [dissertation ph.D. Medicine]. St. Louis (MO) : Washington University; 1995.

หนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วัน ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Sum-im T, editor. Proceedings. The 9th Srinakharinwirot University Research Conference; 2014 Jul 28-29; Srinakharinwirot University. Bangkok : Srinakharinwirot University, Strategic Wisdom and Research Institute; 2014. (in Thai)

บทความที่นำเสนอในการประชุม

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วัน ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์ : ปีพิมพ์. หน้า./p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Khositseth S, Tiengtip R. Determination of protein in urine that indicates nephrotic syndrome by protein nomics. In : Kajorn Lakchayapakorn, editor. Faculty of Medicine Academic Conference Thammasat University 2009 Changes : new trends in medicine; 2009 Jul 14-17 ; Thammasat University Rangsit, Bangkok : 2009. p. 23-40. (in Thai)

สิทธิบัตร

ลำดับที่. ชื่อผู้ประดิษฐ์, ผู้ประดิษฐ์/inventor; ชื่อผู้ขอรับสิทธิบัตร, ผู้ขอรับสิทธิบัตร/assignee. ชื่อสิ่งประดิษฐ์. ประเทศที่ออกสิทธิบัตร สิทธิบัตร/Patent รหัสประเทศ หมายเลขสิทธิบัตร. ปี เดือน วันจดสิทธิบัตร.

ตัวอย่าง

1. Chamswang C, inventor; National Science and Technology Development Agency, assignee. Trichoderma bio-products are produced in dry powder form. Thailand Patent Thai9913. 2000 Oct 30. (in Thai)

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต/internet]. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]. เข้าถึงได้จาก/Available from : http ://...

ตัวอย่าง

1. Wongtavilap T, editor. Healthy space next door Good health is available next door. Guide for creating healthy areas in the community [internet]. Bangkok : Healthy Space Forum; [publisher unknown]; [date unknown] [cited 2022 Apr 25]. Available from : : http ://www.thaihealth.or.th/Books/771/คู่มือแนะนำการสร้างพื้นที่สุขภาพในชุมชน.html (in Thai)

4. การส่ง และรับต้นฉบับ

4.1 การส่งบทความลงตีพิมพ์ให้ส่งทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4>

4.2 ไฟล์บทความขอให้ใช้โปรแกรม Word เท่านั้น จัดรูปแบบ และหัวข้อของบทความให้เป็นไปตามที่วารสารกำหนด รวมถึงภาพประกอบต่าง ๆ ด้วย ให้อยู่ในไฟล์เดียวกัน

4.3 บทความที่ขอลงตีพิมพ์กับวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 จะต้องมีการอ้างอิงบทความที่ลงตีพิมพ์กับวารสารฯ มาแล้ว อย่างน้อย 1 เรื่อง

4.4 การส่งไฟล์ที่แก้ไข หลังจากที่ได้ปรับให้เป็นไปตามคำแนะนำของ Reviewer แล้วให้ Highlight ในส่วนที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำ หากต้องการตอบคำถามของ Reviewer ให้แยกออกจากไฟล์ฉบับแก้ไขใหม่ บันทึกด้วยโปรแกรม Microsoft Word

4.5 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้ยื่นพินธ์ทราบ และจะส่งให้ Reviewer อย่างน้อย 3 ท่าน พิจารณา โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้ยื่นพินธ์ และ Reviewer (Anonymous Reviewer/Anonymous Author)

4.6 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ หรือถูก Reject กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ และระบุเหตุผล การ Reject แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

4.7 การพิจารณาตีพิมพ์ ผลงานจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อ Reviewer พิจารณาบทความมีความเห็นให้ตีพิมพ์ได้ อย่างน้อย 2 ใน 3

5. ช่องทางการติดต่อวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ติดต่อได้ที่

5.1 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

5.2 ติดต่อด้วยเอกสารส่งทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)

76 หมู่ 5 ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120

โทร. 0 3626 6142 ต่อ 207

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย และผลงานนวัตกรรม ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

จริยธรรมการตีพิมพ์ผลงานในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ และผลงานวิชาการ เป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไข้ระวังป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่

บทบาทและหน้าที่ของผู้พิมพ์ :

1. ผู้พิมพ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความ ซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้พิมพ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับ การตีพิมพ์กับวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 แล้ว

2. ผู้พิมพ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)

3. คณะชื่อผู้พิมพ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง

4. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้พิมพ์จะต้องระบุหลักฐานว่า โครงร่างการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

5. ผู้พิมพ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่น มานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง

6. ผู้พิมพ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพ หรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้อง ระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความ รับผิดชอบของผู้พิมพ์แต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)

7. ในบทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลและข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือบิดเบือน รวมถึงการประดิษฐ์การปลอมแปลงการบิดเบือนการเปลี่ยนแปลงข้อมูลและสารสนเทศตลอดจนการนำเสนอ ข้อมูลและสารสนเทศที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ สอดคล้องเป็นพิเศษกับข้อสรุปของผลการศึกษาของผู้เขียน

8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น ควรขออนุญาตจากผู้ที่ผู้พิมพ์ ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ :

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้ หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับ ผู้พิมพ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้พิมพ์ ที่ทำให้ ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสาร ทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ

2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความ และไม่นำข้อมูล บางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความ ควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ ไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือน หรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณา แก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ :

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์บทความ ควรขึ้นอยู่กับ เนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับ เป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
2. บรรณาธิการควรมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้ เพื่อให้แน่ใจว่า บทความ ที่ตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น ต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้นิพนธ์บทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ
3. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ สมควรตีพิมพ์เผยแพร่
4. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้นิพนธ์ ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์
5. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
6. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้นิพนธ์
7. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
8. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
Journal of Medical and Public Health Region 4
E - ISSN : 2773-8965

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

Volume 13 No.1 January - April 2023

สารบัญ

รายงานผู้ป่วย ผลดีในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลังรักษาหายโควิด-19 ด้วยการฝังเข็มแผนจีน โกสินทร์ ตรีรัตน์วีรพงษ์, จีระศักดิ์ ศรีเจริญ	1
ความสัมพันธ์ของช่วงอายุมารดาต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ศึกษาในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง นฤนาท จอมภาปิน	8
การพัฒนาการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลขอนแก่น อำเภอนองม่วง จังหวัดลพบุรี ดิศพล แจ่มจันทร์	20
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้อง ในระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษา ภูมินทร์ ดวงสุริยะ	31
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ใน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี นัชชา ยันติ, ทศพร ชูศักดิ์, กริช เรืองไชย, วราภรณ์ ไชยสุริยานันท์, บัณฑิต บุญประเสริฐ	42
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4 สุमितตรา ทรัพย์เขียน, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	56
อุบัติการณ์และความเสี่ยงในการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในผู้ป่วยที่ได้รับยา ซัลฟาเมทอกซาโซล-ไตรเมโทพริม ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสซิโรเวซิโอ นัทธี ชีวะพฤษ	71
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราที่บ้าน : กรณีศึกษา นงคาร รางแดง, นุสราน นามเดช	84

- ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ของเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้
ตำบลหนองหล่ม อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 94
ชัชฎาภรณ์ พิศมร, จีราพร บุญภา, ลัทธวรรณ สาวัน, ทองสาย ใจคำ
- ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา
จังหวัดแม่ฮ่องสอน 113
อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล, ประภัทร คงศรี, สมหมาย กล้าณรงค์
- การศึกษาความเข้าใจในการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤตในนักบริหารสาธารณสุข
(กรณีศึกษาเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) 129
ปรีชา เปรมปรี

รายงานผู้ป่วย ผลดีในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลังรักษาหายโควิด-19 ด้วยการฝังเข็มแผนจีน

Effectiveness of Acupuncture treatment in Post Covid Syndrome : Case Report

โกสินทร์ ตริรัตน์วีรพงษ์

Kosin Trirutvirapong

จีระศักดิ์ ศรีเจริญ

Jeerasak Srijaroen

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

Pranangkla Hospital, Nonthaburi Province

Received : October 17, 2022 Revised : November 7, 2022 Accepted : November 21, 2022

บทคัดย่อ

โควิด-19 ระบาดหลายระลอกตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบัน จากการสำรวจผลระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วย โควิด-19 พบว่าประมาณร้อยละ 25 จะมีภาวะหลังรักษาหาย โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็มอิ่ม เหนื่อยง่าย เวลาทำงาน นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เชื่อว่าเกิดจากชิ้นส่วนสารพันธุกรรมของไวรัส ทำให้ระบบภูมิคุ้มกัน ผิดปกติ เกิดภาวะการอักเสบในระบบต่างๆของร่างกาย การรักษาแผนปัจจุบันส่วนใหญ่มุ่งรักษาตามอาการ พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่นต้องทรมานจากอาการอ่อนเพลียหรือปวดศีรษะเป็นเวลาหลายเดือน แม้จะได้รับยารักษาแล้ว บทความนี้ได้นำเสนอการรักษา ภาวะหลังรักษาหายจากโควิด ในผู้ป่วย 3 ราย ด้วยการฝังเข็มแบบแผนจีน โดยอาศัยทฤษฎีสิ่งก่อโรคจากภายนอกและทฤษฎีการเกิดโรคในเส้นลมปราณทั้งหก จากการรักษาเราพบว่า การมุ่งเน้นการบำรุงและปรับกระตุ้นไปที่เส้นลมปราณ เส้าหยาง หยางหมิงและไท่อิน ทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการภาวะหลังรักษาหายโควิด อย่างได้ผลดี รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย และผู้มีความรู้ด้านการฝังเข็มสามารถนำไปใช้ได้ง่ายเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยในวงกว้าง

คำสำคัญ : ภาวะหลังรักษาหายโควิด, การฝังเข็ม, แพทย์แผนจีน

Abstract

Covid-19 had been spreading in many waves since 2020 to present. From a survey of long-term effects found that about 25% would have a post covid syndrome. Common symptoms were persistent breathless, fatigue, palpitation, poor memory, headache, dizziness, and gastrointestinal disturbance. It believed that fragments of viral genome or viral antigens might cause the immune system malfunction and inflammation in various system of the body. The current treatment mainly focused on symptomatic treatment but many patients did not respond to the treatment. This article presented the treatment of Post Covid Syndrome in 3 patients with Chinese pattern acupuncture based on theory of exogenous pathogens and the six meridians syndrome differentiation theory.

Focusing on nourishment and stimulation 3 meridians, shaoyang, yangming and taiyin. Patients recovered from post covid syndrome by the treatment was effective, fast, cost-effective and physician who had acupuncture knowledge could easily to perform. We hoped the knowledge could be widely used as a choice of treatment for “Post Covid Syndrome”.

Keywords : Post covid syndrome, acupuncture, Traditional Chinese Medicine

บทนำ

จากการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 ในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโควิด-19 ผลกระทบพบได้หลายอาการ โดยอาการที่พบบ่อยได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็มอิ่ม เหนื่อยง่ายเวลาทำงานหรือออกกำลังกาย นอนไม่หลับ มีนปวดศีรษะ ผม่วรง เวียนศีรษะ วิตกกังวล/ เครียด ไม่มีสมาธิ⁽¹⁾

นิยาม อ้างอิงจากนิยามองค์การอนามัยโลก ประกาศ ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2564 ระบุว่า เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่หรือต่อเนื่องภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ส่วนมากตั้งแต่ 3 เดือน นับจากวันตรวจพบเชื้อและมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือนโดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ และอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยสาเหตุอื่น ๆ⁽¹⁾

กลไกการเกิดโรค ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดภาวะ Post Covid Syndrome ที่ชัดเจนมีเพียงสมมติฐานที่คาดว่าอาจเกี่ยวข้องกับชิ้นส่วนของไวรัสหรือสารพันธุกรรมของไวรัส (fragments of viral genome or viral antigens) ซึ่งไม่ส่งผลต่อการติดเชื้อแล้วแต่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภาวะการอักเสบในระบบต่างๆของร่างกาย⁽²⁾ ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ Post Covid Syndrome ยังไม่ทราบแน่ชัดมีเพียงข้อสังเกตว่ามีปัจจัยที่พบได้ในหลาย ๆ การศึกษา อาทิ เพศหญิง อายุมาก ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว

ตามทฤษฎีแพทย์แผนจีน อาการที่เกิดจากเหตุภายนอก (Exogenous pathogen) และภายใน (Endogenous

pathogen) การวิเคราะห์กลุ่มอาการตามทฤษฎีเส้นลมปราณทั้งหก (The Six Meridian Syndrome Differentiation)⁽³⁾ ตัวสาเหตุของโรคจะผ่านเข้าทางเส้นไต้หยาง ไปเส้นเส้าหยาง ไปเส้นหยางหมิง ไปเส้นไท่อิน การรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่เส้นลมปราณ เส้าหยาง หยางหมิง และไท่อิน โดยใช้จุดที่มือ-เท้าบนเส้นลมปราณทั้งสาม⁽³⁾

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ ในการนำเสนอ การรักษา Post Covid Syndrome ด้วยวิธีฝังเข็มแผนจีน ที่เข้าใจง่าย ได้ผลดี ประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น ไม่ต้องปรึกษาหลายแผนก และผู้มีความรู้ด้านการฝังเข็มสามารถนำไปใช้ได้ง่าย นำไปสู่การใช้ในวงกว้างเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วย

รายที่ 1 ผู้ป่วยชาย อายุ 53 ปี อาชีพรับราชการ

อาการสำคัญ: เพลียไม่มีแรง นอนไม่หลับ มา 1 เดือน
ประวัติอดีต: เบาหวาน type 2, ไตวายเรื้อรัง ทานยาสม่ำเสมอ

ประวัติปัจจุบัน: ผู้ป่วยเข้ารับรักษา 2 มีนาคม 2565 ด้วย พบเชื้อโควิด ผล RT-PCR+ , CXR : Infiltration both lungs รักษาตัวในโรงพยาบาลหนึ่งอาทิตย์จึงกลับบ้าน หลังกลับบ้านยังมีอาการ ไม่มีแรงทั้งตัว นอนไม่หลับ ทานอาหารไม่ได้ มีนงง ปวดมีนศีรษะทั้งสองข้าง ลืมง่าย ขับรถเลยจุดหมายทุกที คิดช้าลง เดินได้ประมาณ 700 เมตรมีอาการเหนื่อย

ตรวจร่างกาย: ลิ้นมีฝ้าขาว มีรอยฟัน สีลิ้นซีดเล็กน้อย
ชีพจรตึง เล็ก พร่อง

การวินิจฉัยแผนจีน : ซี่พร่อง เสมหะความชื้น
 ปิดกั้น (ถันซื่อ) ที่เส้นเส้าหยางและหยางหมิง
 หลักการรักษาแผนจีน : บำรุงซี่ สลายเสมหะ
 การรักษา : ฝังเข็มเส้นเส้าหยาง แขนขา, เส้นหยาง
 หมิง แขนขา ใช้วิธีกระตุ้นเข็มแบบบำรุงซี่ทุกจุด

ปวดศีรษะด้านข้าง ไซ้ ช่วยถู่ (GB8) ไท่หยาง
 (EX-HN5) เฟิงฉือ (GB20) โถวเฉี่ยวอิน (GB11)
 เสียนหลี่ (GB6) จุดไกลใช้ ว่ายกวน (TE5) จงจู่ (TE3)
 เหลอกู่ (LI4) จู้หลินซี่ (GB41) จู๋ซานหลี่ (ST36)
 ผลการรักษา : ฝังเข็มรวมรักษาสิบห้าครั้ง (2-3
 ครั้ง/สัปดาห์) ผู้ป่วย หายปวดศีรษะ สมอโล่ง มีแรง เดิน
 ได้ปกติไม่เหนื่อย



ภาพที่ 1 แสดงการฝังเข็มเส้นเส้าหยางมือ ว่ายกวน (TE5)



ภาพที่ 2 แสดงการฝังเข็มเส้น เส้าหยาง ว่ายกวน (TE5) หยางหมิง เหลอกู่ (LI4) จงจู่ (TE3) เสริมเน่ยกวน (PC6)



ภาพที่ 3 แสดงการฝังเข็มรักษาปวดศีรษะด้านข้าง เส้นเส้าหยาง GB ช่วยถู่ (GB8) ไท่หยาง (EX-HN5)

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายอายุ 66 ปี อาชีพรับจ้าง

อาการสำคัญ : อ่อนเพลีย ปวดหัว มีนงง 4 สัปดาห์

ประวัติอดีต : ภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง รับประทานยาปัจจุบันประจำ

ประวัติปัจจุบัน : พบเชื้อโควิด RT-PCR+ ใช้ไอไม่ได้นอนโรงพยาบาล รักษาแบบ Home Isolation สัปดาห์ที่สองยังปวดหัว มีนงงอ่อนเพลีย แน่นท้อง ปวดหัวที่ด้านข้าง สัปดาห์ที่ 4 อาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล ตรวจแผนปัจจุบัน เอ็กเรย์ปอดและผลตรวจเลือดปกติ ผู้ป่วยขอมารักษาแผนจีน

การตรวจร่างกาย : ชีพจร ตึงพร่อง ลิ้นฝ้าขาว สีลิ้นซีดเล็กน้อย

การวินิจฉัยแผนจีน : เสมหะความชื้นปิดกั้น

ชีพร๋อง

หลักการรักษาแผนจีน : บำรุงชี สลายเสมหะ

การรักษา : ช่วยกู่ (GB8) ไท่หยาง (EX-HN5)

เสียนหลี่ (GB6) โถวเฉียวอิน (GB11) เฟิงฉือ (GB20)

ว้ายกวน (TE5) จงจู่ (TE3) จู๋หลินซี (GB41) จู๋ซานหลี่

(ST36) ใช้วิธีกระตุ้นเข็มแบบบำรุงชี่ทุกจุด เพิ่มชื้อเส้นชง

(EX-HN1) ไปหุ่ย (GV20) เพื่อสงบเส้น รักษาภาวะซึม

เศร้าเรื้อรัง

ผลการรักษา : ฝังเข็มรักษารวมสิบครั้ง (2-3 ครั้ง/

สัปดาห์) อาการหายอ่อนเพลีย ไม่มีนงง ไปทำงานได้



ภาพที่ 4 แสดงการรักษาปวดศีรษะด้านข้าง ช่วยกู่ (GB8) ไท่ หยาง (EX-HN5)



ภาพที่ 5 แสดงการรักษาด้วยเส้นเส้าหยางซา (GB) โถวเฉียวอิน (GB11) เฟิงฉือ (GB20)



ภาพที่ 6 แสดงการรักษาด้วยเส้นเส้าทางมือ และทางหิ้งมือ ว่า่ยกวน (TE5) จงจู่ (TE3) เทอคู่ (LI4)

รายที่ 3 ผู้ป่วยหญิง อาชีพเกษียณราชการ อายุ 67 ปี
 อาการสำคัญ : ไม่มีแรง ทำงานไม่ไหว 9 เดือน
 ประวัติปัจจุบัน : ตรวจพบโควิด RT-PCR+ ใช้
 เจ็บคอ 2 สัปดาห์หลังป่วยโควิด มีอาการหมดแรงง่าย ใจ
 สั่น เดินเร็วกว่าปกติจะมีอาการหายใจไม่เต็มอิม เวลานั่ง
 นานต้องอืดป้องพอง มึนงง หน้าซีด เป็นมา 9 เดือน ตรวจ
 เอกซเรย์ปอดและผลตรวจเลือดไม่พบการผิดปกติ
 ตรวจร่างกาย : ลิ้นสีซีดเล็กน้อย มีรอยฟัน ฝ้า
 ขาว ชีพจร เล็ก ไม่มีแรง

การวินิจฉัยแผนจีน : เสมหะความชื้นปิดกั้น
 ชีพร่อง

หลักการรักษาแผนจีน : บำรุงซี่ สลายเสมหะ
 การรักษา: ว่า่ยกวน (TE5) จงจู่ (TE3) เลี้ยวเซวีย
 (LU7) เทอคู่ (LI4) จูซานหลี่ (TS36) กระตุ้นเข็ม
 แบบบำรุงทุกจุด

ผลการรักษา : ฝังเข็มรักษารวม สามครั้ง
 (3 ครั้ง/สัปดาห์) อาการผิดปกติหายหมด



ภาพที่ 7 เลี้ยวเซวีย (LU7), เทอคู่ (LI4)

อภิปราย

ปรมาจารย์จางจิ้งจิ้ง เขียนไว้ว่า ปัจจัยก่อโรคในเส้นลมปราณ ถ้าหายไม่หมด จะมีปัจจัยก่อโรค (เสียชี่) ตกค้างอยู่ในเส้นเส้าหยาง สำหรับโควิดเชื้อตอนแรก จะผ่านไทหยางอย่างรวดเร็ว เมื่อเข้าไปที่เส้าหยางผู้ป่วยจะมีอาการไอเจ็บคอ เมื่อผ่านไปหยางหมิงจะมีอาการท้องอืดท้องเสีย เมื่อทะลุเข้าไปในไทอินจะทำให้เกิดอาการปอดอักเสบ ถ้าภูมิต้านทานร่างกาย (เจ็งชี่) ผู้ได้คนไข้ก็สามารถรอดชีวิต แต่ของเสียที่เกิดจากการอักเสบของร่างกายจะยังเหลือตกค้างเป็นปัจจัยก่อโรคอยู่ในเส้นลมปราณ อธิบายได้น่าจะเป็นผลจาก Cytokine ที่ออกมาจำกัดเชื้อ⁽²⁾ ทำให้มีสารตกค้างเป็นปัจจัยก่อโรคทำร้ายร่างกาย สารพวกนี้จะคงอยู่ในเส้นลมปราณ ทฤษฎีจีนเรียกว่า เสมหะความชื้นปิดกั้นชี่ในเส้นลมปราณ ทำให้ไม่มีแรง ปวดศีรษะ ไม่มีสมาธิในการคิด ดังอาการผู้ป่วยข้างต้น การรักษาจึงมุ่งรักษาเส้นลมปราณดังกล่าวข้างต้น โดยการบำรุงชี่ในเส้นลมปราณ เพื่อสลายเสมหะและความชื้น การบำรุงจะทำให้มีชี่มากพอจะไปกำจัดปัจจัยก่อโรคที่เป็นสิ่งตกค้างทิ้งเสีย ผู้ป่วยจึงหายจากอาการ Post Covid Syndrome ได้

แนวคิดของทฤษฎีเส้นลมปราณที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะหลังรักษาหายโควิด-19 (Post Covid Syndrome)

เส้นเส้าหยาง (Shaoyang meridian) เส้นเส้าหยางมือ มีหน้าที่ลำเลียงชี่ตั้งต้นและสารน้ำ โดยมีสัดส่วนของชี่มากกว่าเลือด ชี่เป็นตัวลำเลียงสารจิง (สารจำเป็น)

ไปหล่อเลี้ยงชานเจียว เมื่อชานเจียวโดนกระทบทำให้สารจิง ขึ้นไปถึงสมอง (เส้น) ได้น้อย จึงทำให้มีอาการนอนไม่หลับ สมองมึนงง ไม่มีสมาธิ ถ้าชี่ไม่ส่งถึงด้านข้างของศีรษะ จะทำให้เกิดปวดศีรษะด้านข้างแบบไมเกรน การรักษาจุดที่ใช้คือ เสียนหลี่ (GB6) ไทหยาง (EX-HN5) ช่วยกู่ (GB8) โถวเฉียวอิน (GB11) เฟิงฉือ (GB20) จู๋หลินชี่ (GB41) ว่ายกวน (TE5) จงจู๋ (TE3) ถ้ามีสารเสมหะและความชื้นตกค้างในจิงเจียวจะทำให้ท้องอืดหรือมีอาการกรดไหลย้อน จุดที่ใช้คือ จงจู๋ (TE3) ว่ายกวน (TE5) เมื่อชี่ไปข้างเจียวไม่พอผู้ป่วยจะหายใจไม่เต็มอ้อม

เส้นหยางหมิง (Yangming meridian) เส้นหยางหมิงทั้งแขนและขาคือเส้นธาตุดินซึ่งควบคุมกล้ามเนื้อ และเป็นเส้นหลักในที่ชี่ชืดและเลือดมาก เมื่อ หยางหมิงโดนกระทบทำให้ชี่พร่องลง จึงทำให้กล้ามเนื้อไม่มีแรง รู้สึกอ่อนแรงง่ายเวลามีกิจกรรม การรักษาคือการบำรุงเส้นหยางหมิง จุดที่ใช้คือจูชานหลี่ (ST36) เหลอกู่ (LI4) และการมีของเสียตกค้างอยู่ในเส้นลมปราณม้าม กระเพาะ จะทำให้เกิดอาการท้องอืด รักษาด้วย ว่ายกวน (TE5) โท้วเนยกวน (PC6) ได้ด้วย จูชานหลี่ (ST36) จงหวาน (CV12)

เส้นไทอิน (Taiyin) Lung Meridian of Hand-Taiyin ในปัญญาธาตุคือธาตุทอง เมื่อมีปัญหาชี่ไม่พอจะเกิดการตกค้างของเสียทำให้มีอาการหายใจไม่เต็มอ้อม การรักษาบำรุงและขับสารตกค้างด้วย เลี้ยวเซวีย (LU7)

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Department of Medical Services. Treatment of Post Covid Syndrome or Long Covid Symptoms for doctor and public health personal [Internet]. 2021 [cited 2022 April 25];2521 :1-2. Available form : [http:// https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=157](http://https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=157) (in Thai)
2. Maltezou H.C., Pavli A., Tsakris A. Post-COVID Syndrome : An Insight on Its Pathogenesis. Vaccines [Internet]. 2021 [cited 2022 June 25];9 (5) :497. Available form : [http:// https://www.mdpi.com/2076-393X/9/5/497](http://https://www.mdpi.com/2076-393X/9/5/497)
3. Ministry of Public Health. Department of Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. The Six Meridian Syndrome Differentiation. In : Basic Traditional Chinese Medicine. Bangkok : Veterans Organization under the Royal Patronage; 2551. P199-204 (in Thai)
4. Hollifield M, Coccozza K, Calloway T, Lai J, Caicedo B, Carrick K. Improvement in Long-COVID Symptoms Using Acupuncture : A Case Study. Med Acupunct [Internet]. 2022 [cited 2022 April 25];34 (3) :172-6. Available form : [http:// https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/acu.2021.0088](http://https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/acu.2021.0088)
5. Ye L., Sun P., Wang T. Acupuncture strategies to tackle Post Covid-19 Psychological and Neuropsychiatric Disorders. In : The series of Chinese acupuncture and Herbal medicine alliance [Internet]. 2021 [cited 2022 April 25]; 2021 :24-33. Available form : [http:// https://www.cahma.co.uk/wp-content/uploads/2021/04/CAHMA-Magazine-Issue-1.pdf](http://https://www.cahma.co.uk/wp-content/uploads/2021/04/CAHMA-Magazine-Issue-1.pdf)

ความสัมพันธ์ของช่วงอายุมารดาต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ศึกษาในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

The relationship between mother age and pregnancy outcomes in Thoen Hospital, Lamphang Province

นฤนาท จอมภาปีน

Narunard Jompapin

โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

Sopprap Hospital, Lamphang Province

Received : October 4, 2022 Revised : November 1, 2022 Accepted : December 6, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอายุสตรีตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ศึกษาแบบ retrospective cohort study ทบทวนข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเถิน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 28 กุมภาพันธ์ 2565 รวม 1,431 คน แยกเป็น 4 กลุ่มอายุ คือ < 20 ปี, 20-29 ปี, 30-39 ปี, 40 ปีขึ้นไป ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย standard deviation (SD) และใช้สถิติ ANOVA, Kruskal-Wallis H Test, Independent T-Test, Mann-Whitney U Test, chi-square test, Fisher's Exact test ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุ < 20 ปี มีการผ่าตัดคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่กลุ่มนี้มีคุณภาพการฝากครรภ์ที่ไม่ดี รวมทั้งมีการติดเชื้อ HIV และภาวะน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มอื่น สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปี มีภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกคลอด การคลอดก่อนกำหนดต่ำกว่ากลุ่มอื่น สตรีตั้งครรภ์อายุ 30-39 ปี มีคุณภาพการฝากครรภ์และมีน้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่พบว่าการผ่าตัดคลอด การคลอดทารกที่มีส่วนน้ำหนักปกติ ภาวะทารกตัวโตเกินเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มอื่น สตรีตั้งครรภ์อายุ 40 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนและเกินกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกคลอดสูงกว่ากลุ่มอื่น จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-29 ปี มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในภาพรวมที่ดีในหลาย ๆ ด้าน ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการตั้งครรภ์ในช่วงนี้ ส่วนกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีหลายด้าน เป็นช่วงอายุที่ไม่ควรตั้งครรภ์ แต่ถ้ามีการตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ : ผลลัพธ์การตั้งครรภ์, การตั้งครรภ์, ช่วงอายุที่ตั้งครรภ์

Abstract

The goal of this study was to determine the relationship between women's ages and their pregnancy outcomes. A retrospective cohort study examined data from 1,431 pregnant women who gave birth at Thoen Hospital Between 1 October 2017 – 28 February 2022. The women were divided into 4 age groups : < 20 years, 20–29 years, 30–39 years, and 40 years and older. Descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation (SD) and ANOVA, Kruskal–Wallis H Test, Independent T–Test, Mann–Whitney U Test, chi–square test and Fisher's Exact test were used. The study found that pregnant women age < 20 year had a lower rate of caesarean section, hypertension, and gestational diabetes but higher rates of HIV infection and low birth weight than other groups. In addition, this group had poor quality of antenatal care. Pregnant women aged 20–29 years were found to have the lowest rate of low birth weight babies, babies with birth asphyxia, and preterm birth amongst all of the age groups. Pregnant women aged 30–39 years had better access to prenatal care and the mean birth weight of their babies was higher than other groups, however, there were higher number of caesarean sections. In addition, abnormal presentation and macrosomia was found more often in this age group than in the others. Pregnant women aged 40 and older were shown to have the highest rate of pregnancy included hypertension, gestational diabetes, preterm labor, post term labor, and birth asphyxia than other groups. The analysis found that pregnant women aged 20–29 years had good overall pregnancy outcomes in several respects, recommending that pregnancy should be promoted during this age. There are several poor pregnancy outcomes for women aged 40 and older, which are not recommended for pregnancy. However, if a woman does get pregnant in this age group, they should be closely monitored.

Keywords : pregnancy outcomes, pregnancy, pregnancy age

บทนำ

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมการตั้งครรภ์ กิจกรรมการใช้ชีวิต การได้รับวิตามินแร่ธาตุที่เหมาะสม ความสมบูรณ์ของร่างกาย ความพร้อมด้านเศรษฐกิจ สังคม “สตรีอายุมาก” หมายถึงสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป โดยอ้างอิงจากอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความผิดปกติของโครโมโซมในทารก (aneuploidy)⁽¹⁾ ปัจจุบันสตรีไทยมีการศึกษาสูงขึ้นมีบทบาทในครอบครัวสูงขึ้นมีแนวคิดที่ต้องการประสบความสำเร็จก่อนจะมีครอบครัว ทำให้แต่งงานช้า และมีบุตรช้าตามมาข้อดีของการตั้งครรภ์ในช่วงอายุมากคือความพร้อมด้านวุฒิภาวะ

เศรษฐกิจสังคม การศึกษา มีการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ แต่ก็พบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทุพพลภาพหรือเสียชีวิต ในขณะที่ตั้งครรภ์และคลอดมากกว่าสตรีอายุน้อย⁽²⁾ ในสหรัฐอเมริกาการคลอดบุตรคนแรกจากสตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ช่วงปีค.ศ.1980 ถึงปี ค.ศ.2012 จาก 2.5 ต่อ 1,000 การคลอด เป็น 13.3 ต่อ 1,000 การคลอด และข้อมูลในปี 2015 อัตราการคลอดบุตรทั้งหมดในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปคือ 62.8 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 ในระยะเวลา 1 ปี⁽³⁾ เช่นเดียวกับ

ประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ.2546 จนถึงปีพ.ศ.2558 จาก 87.7 ต่อ 1,000 การคลอด เป็น 97.6 ต่อ 1,000 การคลอด⁽⁴⁾ การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นหมายถึงการตั้งครรรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร⁽⁵⁾ แต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 14 ล้านคน โดยประมาณ 12.8 ล้านคนหรือมากกว่า 90% อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา^(5,6) อัตราคลอดในวัยรุ่น 15-19 ปี เฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 65 รายต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย สูงสุดในกลุ่มประเทศแถบแอฟริกาใต้ บางประเทศในเอเชียใต้และลาตินอเมริกา⁽⁷⁾ จากข้อมูลของกรมอนามัยพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 10 ในปีพ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 40 ในปีพ.ศ.2552 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลง^(8,9) ข้อมูลการคลอดของโรงพยาบาลเกินพบว่ามี การตั้งครรรภ์ในกลุ่มสตรีอายุ < 20 ปี ในปีพ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 10.29, 9.73, 10.58 ตามลำดับ และพบการตั้งครรรภ์ในสตรีอายุ > 35 ปี ในปีพ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 14.71, 15.63, 15.87 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มการตั้งครรรภ์สูงขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรรภ์อายุ > 35 ปี จากข้อมูลที่มีการศึกษามาตั้งแต่อดีตการแบ่งกลุ่มอายุของสตรีตั้งครรรภ์ มักจะแบ่งเป็น 3 กลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มอายุ > 35 ปี ซึ่งอ้างอิงจากอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดทารกที่มีความผิดปกติของโครโมโซมมากขึ้น กลุ่มอายุ 20-35 ปี และกลุ่มอายุ < 20 ปี เนื่องจากการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยภาวะเสี่ยงของการเกิดทารกที่มีความผิดปกติของโครโมโซมมีความครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น ทำให้โอกาสการคลอดทารกที่มีความผิดปกติของโครโมโซมลดลงมากกว่าอดีต ดังนั้นการแบ่งช่วงอายุแบบเดิมอาจ

มีความจำเป็นลดลงรวมทั้งการแบ่งช่วงอายุแบบเดิมในอดีตมีช่วงอายุที่มีระยะห่างแตกต่างกันมาก จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของอายุของสตรีตั้งครรรภ์โดยแบ่งช่วงอายุเป็น 4 ช่วงอายุคือกลุ่มอายุ < 20 ปี อายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไป ต่อผลลัพธ์การตั้งครรรภ์ ซึ่งศึกษาในช่วงอายุที่มีระยะใกล้เคียงกัน เพื่อที่จะนำมาใช้อ้างอิงให้สตรีตั้งครรรภ์ที่พร้อมวางแผนจะมีบุตรเสียก่อนมีบุตรในช่วงเวลาที่เหมาะสม และนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลการฝากครรรภ์และการคลอด เพื่อให้มีคุณภาพสูงสุดให้กับสตรีตั้งครรรภ์ในแต่ละกลุ่มอายุและก่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรรภ์ที่ดีที่สุด

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขอพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2565-067 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 ทบทวนข้อมูลในเวชระเบียนบันทึกการคลอดของสตรีตั้งครรรภ์ที่ได้รับการคลอดที่โรงพยาบาลเกินทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 28 กุมภาพันธ์ 2565 โดยศึกษาผลโดยรวมของอายุมารดาใน 4 ช่วงอายุต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรรภ์ทั้งทางด้านมารดาและทารก และเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มกับกลุ่มควบคุมคือกลุ่มสตรีตั้งครรรภ์อายุ 20-29 ปี โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ standard deviation (SD) ข้อมูลแบบ Continuous variables ใช้ Kolmogorov-Smirnov ในการทดสอบการแจกแจงข้อมูล และใช้ ANOVA, Kruskal-Wallis H Test,

Independent T-Test, Mann-Whitney U Test ส่วนตัวแปรที่เป็น categorical variable เปรียบเทียบวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Chi-square test (Pearson Chi-square, Fisher's Exact test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าขอบเขตช่วงความเชื่อมั่น 95% confidence interval

ผลการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเกินทั้งหมด 1,439 คน บันทึกข้อมูลครบถ้วนตามหัวข้อที่กำหนด 1,431 คน เป็นกลุ่มอายุ < 20 ปี 136 คน (ร้อยละ 9.5) อายุ 20-29 ปี 710 คน (ร้อยละ 49.6) อายุ 30-39 ปี 534 คน (ร้อยละ 37.3) อายุ 40 ปีขึ้นไป 51 คน (ร้อยละ 3.6) อายุเฉลี่ยสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดเท่ากับ 28.0 ปี ซึ่งในแต่ละกลุ่มห่างกันประมาณ 8 ปี ดังนี้ 17.7 ปี, 25.0 ปี,

33.4 ปี, 41.4 ปีตามลำดับ อายุที่มีจำนวนการตั้งครรภ์สูงที่สุดคือ 29 ปี มีจำนวน 90 คน เท่ากับร้อยละ 6.3 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด เรื่องจำนวนการตั้งครรภ์พบว่ากลุ่มอายุ < 20 ปี เป็นครรภ์แรกร้อยละ 94.1, อายุ 20-29 ปี ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรกร้อยละ 49.4, อายุ 30-39 ปี ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 42.7, อายุ 40 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 41.2 เรื่องคุณภาพการฝากครรภ์พบว่ากลุ่มอายุ 30-39 ปี มีการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 82.0 ส่วนกลุ่มอายุ < 20 ปี ต่ำที่สุดร้อยละ 52.2 เรื่องการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์กลุ่มอายุ 30-39 ปี มีจำนวนครั้งเฉลี่ยมากที่สุดคือ 4.7 ครั้ง ส่วนกลุ่มอายุ < 20 ปี มีจำนวนครั้งเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 4.2 ครั้ง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละกลุ่มอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มอายุ n (%)				p-value
	< 20	20-29	30-39	≥ 40	
จำนวนสตรีตั้งครรภ์	136 (9.5)	710 (49.6)	534 (37.3)	51 (3.6)	
อายุเฉลี่ย (SD) 28.0 (6.2)	17.7 (1.3)	25.0 (2.8)	33.4 (2.7)	41.4 (1.5)	<0.001 ^x
จำนวนการตั้งครรภ์					<0.001
ครรภ์ที่ 1	128 (94.1)	351 (49.4)	108 (20.2)	5 (9.8)	
ครรภ์ที่ 2	8 (5.9)	269 (37.9)	228 (42.7)	11 (21.6)	
ครรภ์ที่ 3	0	76 (10.7)	144 (27.0)	21 (41.2)	
ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	0	14 (2.0)	54 (10.1)	14 (27.5)	
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก					<0.001
< 12 สัปดาห์	71 (52.2)	517 (72.8)	438 (82.0)	30 (58.8)	
12 สัปดาห์ขึ้นไป	64 (47.1)	187 (26.3)	93 (17.4)	21 (41.2)	
ไม่ฝากครรภ์	1 (0.7)	6 (0.8)	3 (0.6)	0	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มอายุ n (%)				p-value
	< 20	20-29	30-39	≥ 40	
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย (SD)	14.1 (7.5)	11.4 (6.3)	10.4 (5.4)	14.0 (6.8)	<0.001 ^X <0.001A [*] 0.009B [*] 0.005C [#]
จำนวนครั้งการฝากครรภ์คุณภาพ (เฉลี่ย)	4.2	4.6	4.7	4.4	<0.001 ^X
Early ANC	71 (52.2)	517 (72.8)	438 (82.0)	30 (58.8)	<0.001 <0.001 ^{A*} <0.001 ^B 0.032 ^C
ANC 5 ครั้ง คุณภาพ	69 (50.7)	517 (72.8)	430 (80.5)	30 (58.8)	<0.001 <0.001 ^{A*} 0.002 ^B 0.032 ^C

^A : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม < 20 ปี และ 20-29 ปี, ^B : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม 30-39 ปี และ 20-29 ปี

^C : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม 40 ปีขึ้นไป และ 20-29 ปี, ^X Kruskal-Wallis Test, [#] Independent T-Test, ^{*} Mann-Whitney U test

จำนวนวันการตั้งครรภ์พบว่ากลุ่มอายุ 20-29 ปี มีจำนวนวันการตั้งครรภ์ 272.1 วัน ส่วนกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวนวันการตั้งครรภ์ 269.4 วัน ในเรื่องวิธีการคลอดพบว่ากลุ่มอายุ < 20 ปี มีการคลอดปกติสูงที่สุด ร้อยละ 74.3 ส่วนกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีการผ่าตัดคลอดสูงที่สุดร้อยละ 49.1 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ เรื่องน้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ยพบว่ากลุ่มอายุ 30-39 ปี สูงสุดเท่ากับ 3,116.2 กรัม ส่วนกลุ่มอายุ < 20 ปี ต่ำที่สุดเท่ากับ 2,897.0 กรัม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเรื่อง Apgar score ของทารกแรกคลอดที่ 1 และ 5 นาที ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการคลอดในแต่ละกลุ่มอายุ

ข้อมูลการคลอด	กลุ่มอายุ				p-value
	< 20	20-29	30-39	≥ 40	
จำนวนวันการตั้งครรภ์เฉลี่ย (SD)	271.1 (10.1)	272.1 (7.9)	270.5 (8.0)	269.4 (8.9)	0.001 ^X 0.606 ^{A#} <0.001 ^{B*} 0.019 ^{C#}
วิธีคลอด n (%)					<0.001
คลอดปกติ	101 (74.3)	435 (61.3)	251 (47.0)	28 (54.9)	
ผ่าตัดคลอด	34 (25)	244 (34.4)	262 (49.1)	23 (45.1)	
ใช้หัตถการช่วยคลอด	1 (0.7)	31 (4.4)	219 (3.9)	0	
เพศทารก n (%)					0.416
เพศชาย	64 (47.1)	343 (48.3)	279 (52.2)	28 (54.9)	
เพศหญิง	72 (52.9)	367 (51.7)	255 (47.8)	23 (45.1)	
น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย (SD)	2897.0 (417.2)	3061.2 (426.7)	3116.2 (453.3)	3104.0 (448.9)	<0.001 ^X <0.001 ^{A*} 0.023 ^{B*} 0.490 ^{C#}
Apgar Score 1 min เฉลี่ย (SD)	9.26 (0.90)	9.24 (0.71)	9.20 (0.89)	9.14 (1.28)	0.699 ^X
Apgar Score 5 min เฉลี่ย (SD)	9.95 (0.60)	9.99 (0.92)	9.95 (0.61)	9.96 (0.28)	0.132 ^X

^A : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม < 20 ปี และ 20-29 ปี, ^B : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม 30-39 ปี และ 20-29 ปี

^C : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม 40 ปีขึ้นไป และ 20-29 ปี, ^X Kruskal-Wallis Test, [#] Independent T-Test, * Mann-Whitney U test

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบมากที่สุด ในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.7 ต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ < 20 ปี ร้อยละ 2.9 เช่นเดียวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.8 ต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ < 20 ปี ร้อยละ 0.7 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเรื่องภาวะแทรกซ้อนส่วนนำผิดปกติพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 4.3 การติดเชื้อ HIV ใน

สตรีตั้งครรภ์พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ < 20 ปี ร้อยละ 2.9 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเรื่องอัตราตายปริกำเนิดพบ 1 รายในกลุ่มอายุ < 20 ปี ร้อยละ 0.7 ซึ่งเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด เรื่องโรคไทรอยด์ในสตรีตั้งครรภ์, ตั้งครรภ์แฝด, ภาวะความผิดปกติของรกไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนและภาวะโรคในมารดา แต่ละกลุ่มอายุ

ภาวะแทรกซ้อนและโรค ในมารดา n (%)	กลุ่มอายุ				p-value	RR	95%CI
	< 20	20-29	30-39	≥ 40			
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	4 (2.9)	22 (3.1)	26 (4.9)	7 (13.7)	0.002		
					0.092 ^{A*}	0.95 ^A	0.33-2.71 ^A
					0.109 ^B	1.60 ^B	0.90-2.86 ^B
					0.002 ^{C*}	4.98 ^C	2.02-12.28 ^C
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	1 (0.7)	22 (3.1)	36 (6.7)	5 (9.8)	0.001		
					0.073 ^{A*}	0.24 ^A	0.32-1.75 ^A
					0.003 ^B	2.26 ^B	1.31-3.89 ^B
					0.035 ^{C*}	3.40 ^C	1.23-9.39 ^C
ส่วนนำทารกผิดปกติ	3 (2.2)	11 (1.5)	23 (4.3)	0	0.013		
					0.597 ^{A*}	1.42 ^A	0.40-5.04 ^A
					0.003 ^B	2.86 ^B	1.38-5.92 ^B
					0.215 ^{C*}	NA ^C	
HIV positive	4 (2.9)	3 (0.4)	1 (0.2)	0	0.001		
					0.013 ^{A*}	6.96 ^A	1.58-30.75 ^A
					0.455 ^{B*}	0.44 ^B	0.05-4.26 ^B
					0.518 ^{C*}	NA ^C	
โรคไทรอยด์	0	4 (0.6)	4 (0.7)	0	0.706		
รกผิดปกติ	0	4 (0.6)	10 (1.9)	0	0.057		
แฝด	0	3 (0.4)	5 (0.9)	0	0.448		

^A : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม < 20 ปี และ 20-29 ปี, ^B การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม 30-39 ปี และ 20-29 ปี

^C : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ≥40 ปี และ 20-29 ปี * Fisher 's Exact Test

ภาวะน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์พบมากที่สุดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ < 20 ปี ร้อยละ 14.7 และพบต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 4.8 ส่วนภาวะทารกตัวโตเกินเกณฑ์พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-39 ปี ในเรื่องการผ่าตัดคลอดพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-39 ปี

ซึ่งพบมากกว่ากลุ่มอายุ 20-29 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ RR 1.84 (CI 1.46-2.32) ส่วนในเรื่องภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ 1 และ 5 นาที การคลอดก่อนกำหนดและเกินกำหนด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในแต่ละกลุ่มอายุ

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์	กลุ่มอายุ				p-value	RR	95%CI
	n (%)	<20	20-29	30-39			
ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	20 (14.7)	34 (4.8)	38 (7.1)	5 (9.8)	<0.001		
					<0.001 ^A	3.07 ^A	1.82-5.17 ^A
					0.082 ^B	1.52 ^B	0.95-2.45 ^B
					0.157 ^{C*}	2.16 ^C	0.81-5.79 ^C
ทารกโตเกินเกณฑ์	0	5 (0.7)	14 (2.6)	0	0.010		
Birth Asphyxia at 1 min	2 (1.5)	9 (1.3)	11 (2.1)	2 (3.9)	0.425		
Birth Asphyxia at 5 min	1 (0.7)	0	2 (0.4)	0	0.252		
การผ่าตัดคลอด	34 (25.0)	244 (34.4)	262 (49.1)	23 (45.1)	<0.001		
					0.033 ^A	0.73 ^A	0.63-0.99 ^A
					<0.001 ^B	1.84 ^B	1.46-2.32 ^B
					0.121 ^C	1.57 ^C	0.89-2.78 ^C
คลอดก่อนกำหนด	7 (5.1)	32 (4.5)	25 (4.7)	5 (9.8)	0.397		
คลอดเกินกำหนด	13 (9.6)	95 (13.4)	56 (10.5)	7 (13.7)	0.342		
ตายปริกำเนิด	1 (0.07)	0	0	0	0.023		

^A : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม < 20 ปี และ 20-29 ปี, ^B : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม 30-39 ปี และ 20-29 ปี

^C : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ≥ 40 ปี และ 20-29 ปี * Fisher 's Exact Test

อภิปราย

จากการศึกษาของ Usta⁽¹⁰⁾ และ Lao⁽¹¹⁾ พบว่าโอกาสการเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า แต่การศึกษาของ Luke⁽¹²⁾ กลับพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีความชุกสูงขึ้นในสตรีอายุมาก และจากการศึกษาของ Greenberg⁽¹³⁾ ก็พบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุ > 35 ปีขึ้นไปมีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์สูงกว่าสตรีอายุ 30-34 ปี 2-4 เท่า และอัตราการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เพิ่มขึ้น 2-3 เท่าในกลุ่มอายุ >40 ปี และเพิ่มขึ้น 10 เท่าในกลุ่มอายุ > 50 ปี และความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุของสตรีตั้งครรภ์ โดยเพิ่มขึ้น 3-6 เท่าในสตรีอายุ >40 ปีเมื่อเทียบกับสตรีอายุน้อย ซึ่งคล้ายกับผลจากการศึกษาที่พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบมากขึ้นในกลุ่มที่อายุมากขึ้นและพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป

ด้านความผิดปกติของรก จากการศึกษาของ Luke⁽¹²⁾ พบว่าภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด มีความชุกเพิ่มขึ้นในสตรีอายุมากและเคยตั้งครรภ์หลายครั้ง แต่หากควบคุมจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการมีภาวะความดันโลหิตสูงไม่พบความสัมพันธ์ของอายุสตรีตั้งครรภ์กับการเกิดภาวะนี้ชัดเจน นอกจากนี้พบว่าภาวะรกเกาะต่ำ ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์อายุมากแต่ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ส่วนการศึกษานี้พบภาวะรกผิดปกติพบมากที่สุดในช่วงอายุ 30-39 ปี และไม่พบภาวะรกผิดปกติในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปเลย จึงไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากอุบัติการณ์ภาวะรกผิดปกติพบน้อยในพื้นที่ที่ศึกษา และการแบ่งกลุ่มอายุที่ต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้

จากการศึกษาของ McLennan⁽¹⁴⁾ และ Fox⁽¹⁵⁾ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากจะมีความชุกของการตั้งครรภ์แฝดที่เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มที่ปฏิบัติตามธรรมชาติ และกลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นมากในสตรีอายุ > 40 ปีแต่ใน

การศึกษานี้พบว่าความชุกของการตั้งครรภ์แฝดในแต่ละกลุ่มอายุไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากบริบทของพื้นที่ที่ศึกษาเป็นวิถึชนบท ที่ส่วนมากคือการทำเกษตรกรรมชาติ ไม่ค่อยมีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

จากการศึกษาของ Briggs⁽¹⁶⁾ และ Fraser⁽¹⁷⁾ พบว่าภาวะทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มีอุบัติการณ์สูงขึ้นในวัยรุ่น และมีการศึกษาของ Khashan⁽¹⁸⁾ และ Suebnukam⁽¹⁹⁾ ที่สนับสนุนผลการวิจัยนี้โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ < 16 ปี เช่นเดียวกับการศึกษานี้ กลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ < 20 ปี มีภาวะทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์สูงสุดถึงร้อยละ 14.7 และสูงกว่ากลุ่มอายุ 20-29 ปี ที่ relative risk 3.07 (CI 1.82-5.17) และแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และยังพบว่ากลุ่มอายุ < 20 ปี มีน้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากคุณภาพการฝากครรภ์ที่ไม่ดีคือการฝากครรภ์ช้า และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ทำให้การดูแลการตั้งครรภ์ทำได้ไม่เต็มที่

จากการศึกษาของ Walker⁽²⁰⁾ พบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะคลอดติดขัด ซึ่งเกิดจากภาวะมดลูกหดตัว ดังจะเห็นจากสถิติว่าความยาวนานของระยะที่สองของการคลอดจะแปรผันตามอายุของสตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นทำให้สตรีกลุ่มนี้มักลงเอยด้วยการผ่าตัดคลอด และจากสถิติในสหรัฐอเมริกาปี 2003-2012 พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดบุตร 26% ในสตรีตั้งครรภ์อายุ 35-39 ปี 31% และ 36% ในสตรีตั้งครรภ์อายุ 40-44 ปี และ 45-49 ปี ตามลำดับ สาเหตุของการผ่าตัดคลอด ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมของสตรีอายุมาก การชักนำการคลอดไม่สำเร็จ ทารกไม่อยู่ในท่าหัว ความต้องการของมารดา และการตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งผลการศึกษานี้ก็คล้ายกันคือมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้น โดยพบมากที่สุดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 30-39 ปี ถึงร้อยละ 49.1 และรองมาเป็นกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปซึ่งพบ

ร้อยละ 45.1 ซึ่งอาจสัมพันธ์กับสาเหตุที่ทำให้มีการผ่าคลอดได้สูงเพราะเป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมสูง และมีน้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มสตรีที่อายุน้อย รวมทั้งอาจจะเกิดจากข้อบ่งชี้การคลอดในภาวะ Previous cesarean section ซึ่งไม่ได้แยกรายละเอียดข้อบ่งชี้ไว้ในการศึกษา

จากการศึกษาของ Scholl⁽²¹⁾ และ Kovavisarach⁽²²⁾ พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีปัญหาเรื่องการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในการศึกษานี้ซึ่งแยกกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เป็น 4 กลุ่มอายุ พบว่าแต่ละกลุ่มอายุไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการคลอดก่อนกำหนด

จากการศึกษาของ Scholl⁽²¹⁾, Briggs⁽¹⁶⁾ และ Fraser⁽¹⁷⁾ พบว่าอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจากรายงานส่วนใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา แต่มีการศึกษาของ Watcharaseranee⁽²³⁾ กลับพบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนในการศึกษานี้พบการตายปริกำเนิด 1 รายในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ < 20 ปี ซึ่งเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ในเรื่องอัตราการเสียชีวิตในมารดาจากการศึกษาของ Kovavisarach⁽²²⁾, Watcharaseranee⁽²³⁾, Thato⁽²⁴⁾ พบว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มสูงขึ้นในประเทศที่ด้อยหรือกำลังพัฒนาโดยพบว่าในละตินอเมริกาความเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 4 เท่า ในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ < 16 ปี ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วไม่แตกต่างกัน ส่วนในการศึกษานี้ไม่พบการเสียชีวิตในมารดาอาจเนื่องจากบริบทโรงพยาบาลที่ไม่สามารถดูแลครรภ์เสี่ยงสูงมาก ๆ ได้ จึงต้องมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลลำปาง รวมทั้งการดูแลที่มีสูติแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ประจำ

ข้อได้เปรียบของการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นบริบทส่วนใหญ่ของประเทศที่มีข้อจำกัดคล้ายกัน ในหลายด้าน และเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มีการฝากครรภ์พิเศษ จึงทำให้ลดปัจจัยแฝงในการเลือกวิธีคลอดของกลุ่มที่ฝากครรภ์แบบพิเศษ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลที่มีจำนวนคลอดไม่มาก จึงต้องใช้การเก็บข้อมูลหลายปีและเป็นการศึกษาย้อนหลังที่เก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกการคลอด ซึ่งบันทึกขณะคลอดจึงอาจทำให้ขาดข้อมูลภาวะแทรกซ้อนขณะฝากครรภ์โดยละเอียด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกที่เกิดขึ้นภายหลังที่ไม่ได้มีการบันทึกไว้ที่ห้องคลอด รวมทั้งการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหญิงที่มาคลอด ทำให้ไม่สามารถศึกษาผลของการตั้งครรภ์ด้านการแท้ง บุตรและการยุติการตั้งครรภ์จากสาเหตุต่างๆ ส่งผลให้ไม่ได้ศึกษาข้อมูลในส่วนนี้ การศึกษานี้ที่ผู้วิจัยไม่ได้ทำการวิเคราะห์โดยควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาผลโดยรวมของอายุมารดา ไม่ต้องการศึกษาผลทางตรงของอายุมารดาต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการให้ข้อมูลทั้งต่อบุคลากรการแพทย์และประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่เตรียมตัวตั้งครรภ์ว่า หากมีความพร้อมและสามารถเลือกตัดสินใจได้ควรส่งเสริมให้มีการตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่ให้ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีที่สุด แต่ถ้าไม่สามารถเลือกได้และมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นไม่ว่าจะช่วงอายุไหน บุคลากรการแพทย์และประชาชนควรให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์คุณภาพรวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละช่วงอายุ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีที่สุด และอาจทำการศึกษาวิจัยต่อยอดศึกษาในช่วงอายุที่แคบขึ้นเพื่อดูช่วงอายุที่มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเถินและบุคลากรห้องคลอดโรงพยาบาลเถิน ที่ให้ร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล รวมถึงการจัดทำงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางที่ให้การวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณา

เอกสารอ้างอิง

1. Fretts R.C. Effects of advanced maternal age on pregnancy. In Wilkins-Haug L Eds UptoDate. [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 5]. Available from : <https://www.Uptodate.com/contents/effects-of-advanced-maternal-age-on-pregnancy>
2. Fretts R.C. Management of pregnancy in women of advanced age. In Wilkins-Haug, L Eds UptoDate. [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 5]. Available from : <https://www.uptodate.com/contents/management-of-pregnancy-in-women-of-advanced-age>.
3. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. Births in the United States, 2015. NCHS data brief, no 258. Hyattsville, MD : National Center for Health Statistics. 2016. Available from : <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db258.pdf>.
4. Isaraphakdi Ph, Phimnin Th. Quality of Pregnancy Outcomes among Thai Women of Reproductive Age during 1998-2015. In Suchada Taweessit and Kulpa Wajanasara (Editors). Population and society, 2560. Available from : http://www.ms.ipsr.mahidol.ac.th/Conference2017/Download/Book/05_Pimonpan-Quality%20of%20pregnancy.pdf (in Thai)
5. World Health Organization . Adolescent Pregnancy (Issues in Adolescent health and Development). Geneva : World Health Organization; 2004.
6. World Health Organization. Pregnant adolescent : delivering on global promise of hope. Geneva : World Health Organization; 2006.
7. Solomon-Fears C. Teenage Pregnancy Prevention : Statistic and Programs, Congressional Research Service, April 2012, 1-3.
8. public health commission Senate. Report on the study on the problem of adolescent pregnancy. Senate; 2011 February 7.
9. Ministry of Public Health. National Reproductive Health Development Policy and Strategy, 1st Edition (2010-2014). National Reproductive Health Development Board, 1st time/2010;2010 April 28.
10. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, Naassan G, Nassar AH. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87 (2) :178-83.
11. Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. Hum Reprod 1998 Nov;13 (11) :3228-32.
12. Luke B, Brown MB. Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. Hum Reprod 2007;22 :1264.
13. Greenberg MB, Cheng YW, Sullivan M, Norton ME, Hopkins LM, Caughey AB. Does length of labor vary by maternal age? Am J Obstet Gynecol 2007;197 (4) :428.
14. McLennan AS, Gyamfi-Bannerman C, Ananth CV, Wright JD, Siddiq Z, D'Alton ME, et al. The role of maternal age in twin pregnancy outcomes. Am J Obstet Gynecol 2017 Jul;217 (1) :80.
15. Fox NS, Rebarber A, Dunham SM, Saltzman DH. Outcomes of multiple gestations with advanced maternal age. J Matern Fetal Neonatal Med 2009 Jul;22 (7) :593-6.

16. Briggs MM, Hopman WM, Jamieson MA. Comparing pregnancy in adolescents and adults : obstetric outcomes and prevalence of anemia. *J Obstet Gynaecol Can* 2007 Jul;29 (7) :546-55.
17. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995;332 :1113-7.
18. Khashan AS, Baker PN, Kenny LC. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies : a register-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10 :36-43.
19. Suebnukarn K, Phupong V. Pregnancy outcomes in adolescents < or = 15 years old. *J Med Assoc Thai* 2005;88 :1758-62.
20. Walker KF, Malin G, Wilson P, Thornton JG. Induction of labour versus expectant management at term by subgroups of maternal age : an individual patient data meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Feb;197 :1-5.
21. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy : a review and meta-analysis. *J Adolesc Health* 1994;15 :444-56.
22. Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyant S, Chotigeat U. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. *J Med Assoc Thai* 2010;93 (1) :1-8.
23. Watcharasseranee N, Pinchantra P, Piyawan S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. *J Med Assoc Thai* 2006;89 (suppl 4) :s118-23.
24. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents : a retrospective study. *Int J Nurs Stud* 2007;44 :1158-64.

การพัฒนาการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

Development of the COVID-19 vaccine service in the 608 population Chonsomboon Health Promoting Hospital Nongmuang District Lopburi Province

ดิศพล แจ่มจันทร์

Dissapol Chamchan

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

Received : October 12, 2022 Revised : November 9, 2022 Accepted : December 16, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี” เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 2) เพื่อพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ใหม่ และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างรูปแบบการดำเนินงานแบบเดิมและแบบใหม่ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนกลุ่ม 608 จำนวน 531 คน โดยดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 30 มิ.ย.2564-31 มีนาคม 2565 ศึกษาข้อมูลจากการติดตามการฉีดวัคซีนโควิด 19 จากทะเบียนการติดตามการฉีดวัคซีนโควิด 19 และรายงานลพบุรีพร้อม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละของการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.97 เป็นร้อยละ 84.42 รูปแบบการพัฒนาการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ที่เหมาะสมกับพื้นที่ คือ 1. ด้านหลักการรูปแบบได้แก่ มีกิจกรรมให้ความรู้วิเคราะห์ความเสี่ยง และปัญหาของการรณรงค์การฉีดวัคซีน วางแผนการแก้ปัญหาโดยชุมชนและการติดตามอย่างต่อเนื่อง 2. ด้านโครงสร้างของรูปแบบเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่ม 608 และองค์กร ชุมชน ในการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมหาแนวทางแก้ไข องค์กรในชุมชนร่วมดำเนินการตามภารกิจขององค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และการดำเนินการเป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข 3. ด้านวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการโดยการทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานอื่น ๆ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของประชาชนได้อีกด้วย ข้อเสนอแนะ คือ การให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ต้องมีการสร้างความเข้าใจติดตามผลและวิเคราะห์ผลอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ที่ร้อยละ 80.00 ได้ เมื่อประชาชนมีความสนใจและฉีดวัคซีนโควิด 19 เพิ่มมากขึ้น จะทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 ได้ และควรนำการพัฒนาการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : วัคซีนโควิด 19, ประชาชนกลุ่ม 608, การทำงานแบบมีส่วนร่วม

Abstract

A research study on “Development of the COVID-19 vaccine service in the 608 population Chonsomboon Health Promoting Hospital Nongmuang District Lopburi Province” is a research and development (Research & Development) with the objectives of 1) to study the situation and the implementation of the COVID-19 vaccine service. in the group of people 608 2) to develop the implementation of the COVID-19 vaccine service 3) to study the effectiveness of the development of the COVID-19 vaccine service implementation among the 608 population, a sample group used in The research is a group of 531 people, 608, who conducted the study between 30 June 2021 - 31 March 2022, studying data from the COVID-19 vaccination follow-up from the COVID-19 vaccination tracking register and reports. Lopburi ready Statistics used to analyze descriptive data were number and percentage. The results showed that the percentage of COVID-19 vaccination among the 608 group increased from 35.97% to 84.42%. COVID-19 that is suitable for the area are : risk analysis and the problem of vaccination campaigns Community-Based Problem Solving Plan 2. The structure of the model is a participatory work of the 608 group of people and community organizations in problem analysis. together to find a solution Organizations in the community participate in the mission of the organizations involved. and proceed according to the guidelines of the Ministry of Public Health 3. The method of implementing the model By working as a participant is an approach that can be applied in other operations. To monitor the health of the people as well. A recommendation is to provide a COVID-19 vaccine service. In people group 608, understanding must be created. Follow up and analyze the results continuously. Therefore, it will be able to achieve the goal of vaccination against COVID-19. In people group 608 at 80.00 percent, when more people are interested in and vaccination against COVID-19, it will reduce the number of severe cases and deaths from COVID-19 and should lead to the development of a model Providing a vaccine against COVID-19 In people group 608 to expand the results and apply in other areas.

Keywords : COVID-19 vaccine, people in group 608, participatory work

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) ในประเทศไทยระยะที่ 3 (Phase 3) ช่วงเริ่มต้นในเดือนเมษายน 2564 ซึ่งจากการคำนวณและประเมินทางระบาดวิทยาพบว่าอยู่ในสถานการณ์ที่น่ากังวลไม่น้อย ถึงแม้ว่าประเทศไทย มีความพยายามในการควบคุมโรค โดยการตรวจจับผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แยกโรค และติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยทุกราย ทำให้การระบาดยังอยู่ในวงจำกัดในระยะที่ผ่านมา (Phase

2) Ministry of Public Health, Department of Disease Control⁽¹⁾ โดยสิ่งที่เป็นความหวังของประชาชนในขณะนี้คือ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกสั้น ๆ ว่า วัคซีนโควิด 19 นั้น ประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัคซีนดังกล่าว แต่ก็ยังเป็นที่ยังไม่ถึงขั้นได้รับการฉีดวัคซีนของประชาชนทั้งในเรื่องความปลอดภัยและจำนวนผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนในอัตราที่ต่ำเมื่อเทียบกับนานาชาติ หรือแม้แต่ในกลุ่มสมาชิกประเทศอาเซียนเองประเทศไทยก็ยังอยู่ใน

อันดับเกือบรั้งท้าย Ministry of Higher Education⁽²⁾ โดยมีจำนวนการฉีดเข็มที่ 1 จำนวน 6,910,169 คน คิดเป็นร้อยละ 10.40 โดยเป็นอันดับ 7 ของกลุ่มสมาชิกประเทศอาเซียนที่ได้รับการฉีดวัคซีน

ดังนั้น ก็ควรดำเนินการหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพดังมีข้อเสนอหรือประเด็นที่น่าสนใจในการจัดหาวัคซีนสำหรับประชาชน โดยกลุ่มประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเป็นอันตรายจากการติดเชื้อโควิด 19 คือประชาชนกลุ่ม 608 อันประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ผู้มีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและ 3) คือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งยังมีอัตราการฉีดเป็นจำนวนน้อย จึงมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อให้ประชาชนกลุ่ม 608 มาเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพื่อลดอัตราการป่วยหนักและเสียชีวิต โดยมีเป้าหมายการฉีดวัคซีนถึงร้อยละ 80.00

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นได้รับแรงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 พบว่า ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2564 มีผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนครบ 2 เข็มเพียง 191 คน คิดเป็นร้อยละ 35.97⁽³⁾ ซึ่งยังห่างไกลจากเป้าหมายร้อยละ 80.00 อีกมาก จึงเล็งเห็นว่าการดำเนินงานให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ที่ผ่านมานั้นยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จึงได้มีแนวทางในการพัฒนาการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 โดยการวิเคราะห์หาข้อบกพร่องของการดำเนินงานที่ผ่านมาและหาแนวทางในการแก้ไขเน้นให้ความรู้และความจำเป็นในการเข้ารับการฉีดวัคซีนมากขึ้น การประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ และการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อบรรลุเป้า

หมายการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนกลุ่ม 608 ที่ร้อยละ 80.00 อันจะทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19

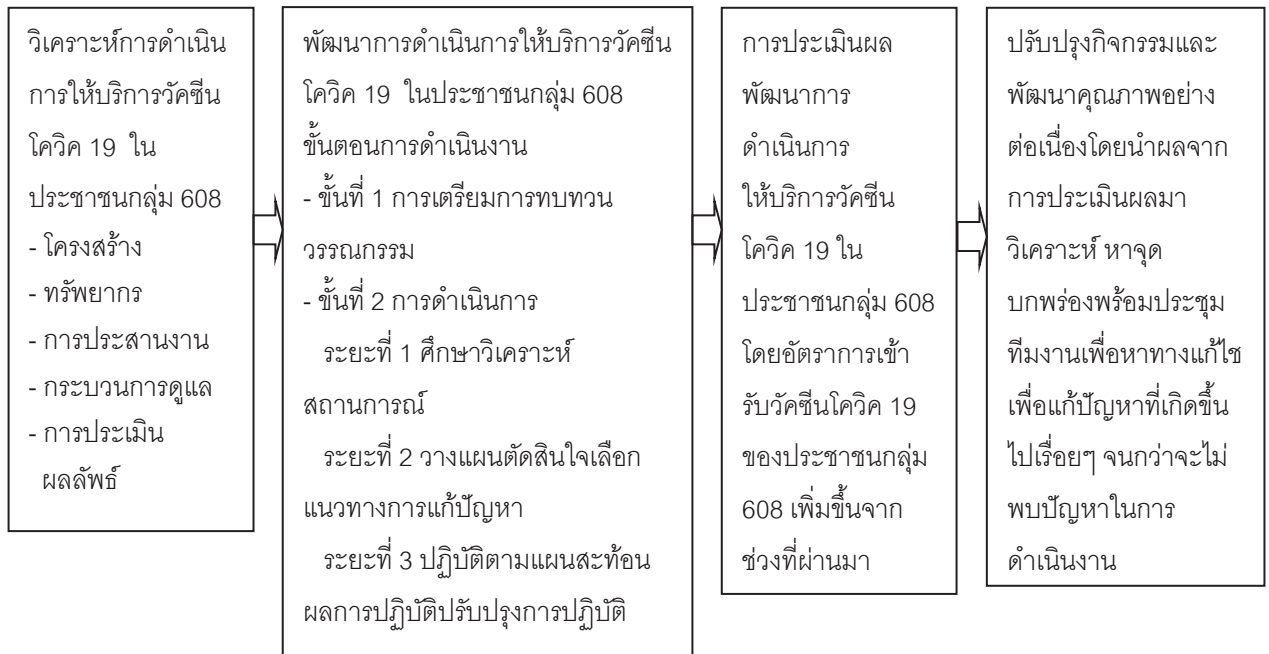
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 รูปแบบเดิม ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ในรูปแบบใหม่ และเปรียบเทียบกับการดำเนินการในรูปแบบเดิม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 สำหรับการดูแลให้บริการฉีดวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608 โดยวัดจากผลการเข้ารับการฉีดวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D) เพื่อพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย 1.การทำความเข้าใจกับเครือข่ายและประชาชนกลุ่ม 608 2.การพัฒนาเครือข่ายและประชาชนกลุ่ม 608 3.นำรูปแบบการพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน 4.การวิเคราะห์การดำเนินงาน 5.การติดตามประเมินและแก้ไขปัญหาที่พบ 6.การพัฒนาการดำเนินงาน 7.การสรุปผลการดำเนินงาน โดยนำแนวคิดวงจรพัฒนาของเดมมิ่ง (Deming cycle) ได้กรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด



ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. วิเคราะห์การดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 จากการประชุมร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในด้าน โครงสร้าง ทรัพยากร การประสานงาน กระบวนการดูแลและการประเมินผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบใหม่

2. พัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608

ขั้นที่ 1 เตรียมการทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษาค้นคว้าบทความงานวิจัยที่มีรูปแบบการดำเนินงานในการพัฒนาการรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ การให้บริการวัคซีนต่าง ๆ เพื่อนำส่วนที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ รวบรวมขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนารูปแบบ

ขั้นที่ 2 การดำเนินการ

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบเดิมของการดำเนินงานการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาจุดหรือประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งศึกษาวรรณกรรม ทั้งทฤษฎี หลักการ นโยบาย แผนงาน แนวทางการดำเนินงาน โครงสร้าง ทรัพยากร การประสานงาน กระบวนการดูแลและการประเมินผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบใหม่

ระยะที่ 2 วางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหา ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น พบว่า การดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจากประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มี

ประสิทธิภาพ และระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการฉีดวัคซีนไม่ครอบคลุม จึงคิดค้นแนวทางดำเนินการแบบใหม่เพื่อแก้ปัญหา

ระยะที่ 3 ปฏิบัติตามแผนสะท้อนผลการปฏิบัติปรับปรุงการปฏิบัติ คือ

1) ประสานงานกับ ทีมภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข

2) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์หลายรูปแบบ ทั้ง แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการประชาสัมพันธ์ และสร้างความเข้าใจกับประชาชนกลุ่ม 608

3) ทำความเข้าใจกับเครือข่ายและประชาชนกลุ่ม 608 โดยประชุมชี้แจงการดำเนินงานพัฒนาการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ให้แก่องค์กรในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 77 คน และ ประชาชนกลุ่ม 608 เพื่อให้องค์กรในชุมชนทราบ โดยนำเสนอสถานการณ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 วิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา หาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพร้อมทั้งวางแผนการดำเนินงานให้มีแนวทางดำเนินงาน หลักการและความจำเป็นในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม และหน้าที่ของแต่ละองค์กรในการสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้แต่ละองค์กรร่วมวางแผนการดำเนินงาน

4) ลงความเห็นร่วมกันให้ ภาคีเครือข่าย อันประกอบด้วย ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะผู้บริหาร องค์การบริหารส่วนตำบล และอสม.ควรเป็นแบบอย่าง โดยเข้ารับการฉีดวัคซีนทุกคนและทำป้ายประชาสัมพันธ์ การฉีดวัคซีนของผู้นำชุมชนติดไว้ที่จุดประชาสัมพันธ์ ในทุกหมู่บ้าน เพื่อสร้างแรงกระตุ้นในการเข้ารับการฉีดวัคซีนให้กับประชาชน

5) ออกประชาสัมพันธ์ พื้นที่เชิงรุกในหมู่บ้านต่างๆ ครอบคลุมหมู่บ้าน ให้ความรู้ ปรับทัศนคติต่อการรับวัคซีนโควิด 19 พร้อมทั้งเชิญชวน แจกแผ่นพับ ติดป้ายประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมาเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19

6) จัดทำทะเบียนโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยเมื่อก่อนไม่ได้มีการบันทึกไว้ จึงทำให้ไม่ทราบรายชื่อของผู้ที่รับการฉีดวัคซีนและยังไม่ได้รับการฉีด ทำให้ไม่สามารถประชาสัมพันธ์ กลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง

7) อบต.ชอนสมบูนธ์และผู้นำชุมชนจัดหารถรับ-ส่งผู้ต้องการเข้ารับการฉีดวัคซีนที่ไม่มีรถ ไม่สะดวกในการเดินทางไปรับวัคซีนโควิด 19 ที่โรงพยาบาลหนองม่วง

3. การประเมินผลพัฒนาการดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 โดยการเปรียบเทียบอัตราการเข้ารับวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนกลุ่ม 608 ทั้งก่อนและหลังการจัดกิจกรรม

4. ปรับปรุงกิจกรรมและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเมื่อดำเนินการออกดูแลให้ความรู้และความเข้าใจแก่ประชาชนกลุ่ม 608 พร้อมนำผลการฉีดวัคซีนบันทึกลงในทะเบียนโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทำการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน จากนั้นเจ้าหน้าที่และ อสม. ร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ระบุประชาชนกลุ่ม 608 ที่ยังไม่เข้ารับการฉีดวัคซีน โดยนำผลจากการประเมินผลมาวิเคราะห์ หาจุดบกพร่องพร้อมหาทางแก้ไขโดยการสนับสนุนขององค์กรในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาจุดบกพร่องที่เกิดขึ้นไปเรื่อยๆ จนกว่าจะไม่พบปัญหาในการดำเนินงาน

เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลจากทะเบียนการติดตามการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของ รพ.สต.ชอนสมบูนธ์ เกี่ยวกับประวัติการรับวัคซีน

2. ผลการฉีดวัคซีนโควิด 19 จากกระบบรายงานลพบุรีพร้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยวัดจากจำนวนและร้อยละของการเข้ารับการรักษาวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608 และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการสัมภาษณ์และการสนทนาโดยกระทำไปพร้อม ๆ กับขณะการดำเนินการ มีการติดตามผลการนำไปใช้ทุกเดือน

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 รูปแบบเดิมพบว่า ระบบงาน/วิธีการ มีจุดเด่น จุดด้อย และ สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. จุดเด่น คือ

1.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608

1.2 เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608

1.3 องค์กรในชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินการเป็นอย่างดี

1.4 มีทรัพยากรในการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 อย่างเพียงพอ

2. จุดด้อย คือ

2.1 ขาดการวิเคราะห์สถานการณ์

2.2 องค์กรในชุมชนขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน ต้องรอเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.3 การดำเนินงานขาดการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์

2.4 มีเครื่องมือในการดำเนินงานไม่เหมาะสม

2.5 ไม่มีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อไปปรับปรุงการดำเนินการ

3. สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข คือ

3.1 ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินการ

3.2 สร้างความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพองค์กรในชุมชน

3.3 จัดหาเครื่องมือที่ง่ายต่อการดำเนินงานและเหมาะสมกับบริบทในการทำงานของพื้นที่

3.4 คืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

3.5 สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมในการดำเนินงานในพื้นที่

2. รูปแบบการพัฒนาการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ของ รพสต.ขอนแก่น ในรูปแบบใหม่ และเปรียบเทียบกับการดำเนินการในรูปแบบเดิม

รูปแบบการพัฒนาระยะที่ 1 (เมษายน 2564)

1. การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มดำเนินงานทำดังนี้

1.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพร้อมให้ความรู้เพื่อให้องค์กรในชุมชน ประชาชนกลุ่ม 608 รับทราบแนวทางการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 และหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานได้สนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 นำเสนอสถานการณ์วิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา พร้อมทั้งวางแผนการดำเนินงาน

1.3. จัดหาเครื่องมือในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ ป้ายประชาสัมพันธ์ซึ่งง่ายต่อการให้ความรู้ในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.4. จัดทำทะเบียนโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ทราบรายชื่อของผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนและยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน สามารถประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง

2. การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำดังนี้

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการออกดูแลให้ความรู้ความเข้าใจพร้อมสำรวจข้อมูลการเข้ารับวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608 เพื่อเก็บผลไปบันทึก

2.2 เมื่อดำเนินการออกดูแลให้ความรู้ความเข้าใจประชาชนกลุ่ม 608 เก็บผลการรับการฉีดวัคซีนไปบันทึกเป็นรายเดือนเรียบร้อยแล้ว ทำการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน จากนั้นเจ้าหน้าที่และ อสม. ร่วมกันสรุปผลการดำเนินงาน ระบุประชาชนกลุ่ม 608 ที่ยังไม่เข้ารับการฉีดวัคซีน หาสาเหตุปัญหา พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข โดยการสนับสนุนขององค์กรในชุมชน

2.3 ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

3. การสรุปผลการดำเนินงานจากจำนวนประชาชนกลุ่ม 608 เข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในแต่ละเดือน

4. การควบคุมและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน

รูปแบบการพัฒนา ระยะที่ 2 (ตุลาคม 2564)

โดยได้ผ่านการทดลองใช้จริงแล้ว มีลักษณะที่โดดเด่น และ ดี สรุปได้ ดังนี้

1. ด้านหลักการของรูปแบบ ได้แก่

1.1 กิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจประชาชนกลุ่ม 608 เพื่อติดตามผลการเข้ารับการฉีดวัคซีน

1.2 หาความเสี่ยงการดำเนินการรณรงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

1.3 วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินการรณรงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

1.4 แก้ไขปัญหาโดยองค์กรในชุมชน

1.5 ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านโครงสร้างของรูปแบบ ได้แก่

2.1 ใช้การทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน เนื่องจากสามารถเพิ่มศักยภาพในการดำเนินการรณรงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ได้มากขึ้น

2.2 ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมหาแนวทางการแก้ไข

2.3 องค์กรในชุมชนร่วมดำเนินการตามภารกิจขององค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.4 การดำเนินเป็นไปตามแนวทาง ของกระทรวงสาธารณสุข

3. ด้านวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ ได้แก่

3.1 การทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในการดำเนินงานอื่น ๆ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของประชาชนได้อีกด้วย

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างการให้บริการวัคซีนโควิด 19 รูปแบบเดิม กับการให้บริการวัคซีนโควิด 19 รูปแบบใหม่

ที่	การให้บริการวัคซีนโควิด 19 (รูปแบบเดิม)	การให้บริการวัคซีนโรคโควิด-19 (รูปแบบใหม่)
1.	การจัดอบรมให้กับ กลุ่มประชาชนกลุ่ม 608 โดยเจ้าหน้าที่ที่เท่านั้น ไม่มีการอบรมให้ความรู้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข	ประชุมชี้แจงการดำเนินงานและให้ความรู้เรื่องการดำเนินการรณรงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ให้แก่องค์กรในชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนกลุ่ม 608
2.	การให้ความรู้การจัดอบรมซึ่งเป็นสื่อสไลด์เท่านั้น	มีการพัฒนาการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์และแผ่นพับ เป็นสื่อให้ความรู้เพิ่มขึ้น
3.	ไม่มีการติดตามการเข้ารับการฉีดวัคซีนของกลุ่มประชาชนกลุ่ม 608	ออกติดตามการดำเนินการรณรงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 ประชาชนกลุ่ม 608 ดูแลให้ความรู้ความเข้าใจประชาชนกลุ่ม 608
4.	ไม่มีการใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันในการติดตามการดำเนินงาน	จัดสร้างกลุ่มไลน์ติดตามการฉีดวัคซีน โดยมีสมาชิกคือ ประชาชนกลุ่ม 608 ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีการถ่ายทอดความรู้เรื่องวัคซีนโควิด 19 และส่งผลงานการเข้ารับการฉีดวัคซีนและภาพกิจกรรม
5.	ไม่มีการวิเคราะห์ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จของการไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608	มีการวิเคราะห์หาปัญหาของการไม่ประสบความสำเร็จของการเข้ารับการฉีดวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608 ร่วมกับองค์กรในชุมชน
6.	ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา	ประชาชนมีส่วนร่วมวางแผนแก้ไขปัญห ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ
7.	ไม่มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานขององค์กรในชุมชน	มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานขององค์กรในชุมชนและทำการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 สำหรับการดูแลให้บริการฉีดวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608 โดยวัดจากผลการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608 พบว่า การให้บริการ ครอบคลุมถึงฉีดวัคซีน ก่อนดำเนินการ (30 มิ.ย. 64) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ บุคคลที่มีโรคประจำตัว

และหญิงตั้งครรภ์ มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 จำนวน 191 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.97 และหลังดำเนินการ (31 มี.ค. 65) พบว่าผู้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 520 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.42 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานการฉีดวัคซีนประชาชนกลุ่ม 608 ก่อนและหลังดำเนินการ

กลุ่มประชาชน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	30 มิ.ย.2564	30 ก.ย.2564	31 ธ.ค.2564	31 มี.ค.2565
2 : ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	421	461	468	468
3 : บุคคลที่มีโรคประจำตัว	109	111	145	147
6 : หญิงตั้งครรภ์	1	1	1	1
รวม	531	573	614	616
ผลงานฉีดวัคซีน	191	426	516	520
ร้อยละ	35.97	74.35	84.04	84.42

อภิปราย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (R&D) พบว่า ผลการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 35.97 เป็นร้อยละ 84.42 จึงขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย และจุดเด่นที่พบจากการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ก่อนดำเนินการ พบว่า การทำงานของหน่วยงานสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความตั้งใจในการทำงาน แต่ยังมีขาดการวิเคราะห์สถานการณ์ ขาดการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน การประชาสัมพันธ์ที่ยังรูปแบบไม่หลากหลาย ภาคประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประโยชน์ของวัคซีน

โควิด 19 ไม่มีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ดำเนินการเพื่อไปปรับปรุงการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อธิวัฒน์ กุลบุตรและคณะ⁽⁴⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความคิดเห็นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และการตัดสินใจรับวัคซีน พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 อยู่ในระดับสูง แต่มีการรับข่าวสารที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นในช่วงแรก ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว จึงควรเพิ่มการสื่อสารเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน เพื่อให้ภาคประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับวัคซีนโควิด 19 ที่ถูกต้องและรวดเร็ว ทำให้การรับวัคซีนเพิ่มมากยิ่งขึ้น และสามารถป้องกันอาการที่รุนแรงเมื่อติดเชื้อโรคโควิด -19 ได้

2. การพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ใหม่และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่าง ก่อน กับ หลัง การนำการดำเนินการรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการ ผลการดำเนินงานของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ดีขึ้น เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ การมีรูปแบบการดำเนินงานที่ดี การมีกระบวนการนำไปดำเนินการที่ดี และการมีทีมงานผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของโมลา อีสสระสงคราม⁽⁵⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด 19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 คือ การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ต้องเริ่มจากการสร้างการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองร่วมกับการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง โดยการชักนำจากคนในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการรณรงค์การฉีดวัคซีนโควิด 19 ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

3. ประสิทธิผลของการพัฒนาการดำเนินการให้บริการวัคซีนโควิด 19 สำหรับการดูแลให้บริการฉีดวัคซีนของประชาชนกลุ่ม 608 พบว่า การให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 มีการพัฒนาอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มการทำงานโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การลงพื้นที่ทำงานเชิงรุก และการสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอริวัฒน์ กุลบุตรและคณะ⁽⁴⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความคิดเห็นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และการตัดสินใจรับวัคซีน พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19

ในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน 1 ใน 3 มีความสนใจที่จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

1. จากผลวิจัยที่ พบว่า การให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการเพิ่มจำนวนประชาชนกลุ่ม 608 ให้มีการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ที่มากขึ้น สมควรที่จะมีนโยบายในการให้บริการวัคซีนโควิด 19 แบบมีส่วนร่วม เนื่องจาก เป็นการดำเนินงานที่ง่ายและมีค่าใช้จ่ายน้อย แต่มีประสิทธิภาพ

2. จากผลวิจัย พบว่า การปรับปรุงการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ติดต่อกันทุกเดือน และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนกลุ่ม 608 ที่ร้อยละ 80.00 อันจะทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ได้

ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยในอนาคต

1. สำหรับหน่วยงานที่มีกิจกรรมการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนกลุ่ม 608 ควรนำแนวคิดแนวทาง และ วิธีการ ที่ได้ดำเนินการในการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นบทเรียนตัวอย่าง ของการพัฒนาที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการวางแผน และการดำเนินงาน

2. สำหรับผู้สนใจ เสนอแนะให้ศึกษาแนวคิด หลักการ และ วิธีการ ที่ใช้ในการวิจัยนี้ ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงวิธีปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ก่อนนำไปประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของตน

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health, Department of Disease Control. coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet]; 2021 [cited 2021 Jun 30]. Available from : <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>. (in Thai)
2. Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, Report on Covid-19 Vaccine Global Situation Thailand and ASEAN. [Internet]; 2021 [cited 2021 Jul 1]. Available from : https://www.mhesi.go.th/index.php/content_page/item/3927-17641.html (in Thai)
3. Phattana Nikhom II Team, Report on the situation of vaccination on the Lopburi system ready. [Internet]; 2021 [cited 2021 Jun 30]. Available from : https://www.cuppattana.net:4433/report_vacc_covid19/. (in Thai)
4. Kullabut A, Laochan N, Wangkui S, Suwanphan A. Knowledge and Opinions about the COVID-19 Vaccine and Vaccination Decision of Staffs Operating at U-Tapao Rayong-Pattaya International Airport, Rayong Province. Science and Technology Journal of Sisaket Rajabhat University 2022 ;2 (1) :31-42. (in Thai)
5. Issarasongkhram M. The Relation between the factors of motivations to COVID-19 prevention and access to vaccination service among elderly people. The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal 2021 ;19 (2) :56-67. (in Thai)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้อง ในระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษา

Nursing care of thoracoabdominal injury patient with shock during the emergency phase : Case study

ภูมินทร์ ดวงสุริยะ

Phoomin Doungsuriya

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

Received : October 11, 2022 Revised : November 17, 2022 Accepted : January 17, 2023

บทคัดย่อ

ภาวะช็อก (Shock) เป็นผลมาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน ส่งผลทำให้การไหลเวียน โดยเฉพาะออกซิเจนที่อยู่ภายในร่างกายลดลง ทำให้เซลล์และเนื้อเยื่อไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ในการเผาผลาญพลังงาน ได้นอกจากนั้นยังส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะล้มเหลว และนำไปสู่สาเหตุของการเสียชีวิต ปัจจุบันมีแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support; ATLS) ของสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่มีภาวะช็อก ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นกระบวนการดูแลในระยะแรกตั้งแต่ การประเมินสภาพ การตัดแยก การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต รวมถึงการส่งรักษาต่อ จึงเป็นสิ่งสำคัญในช่วงโงทอง (Golden hour period) ของการดูแล เพื่อนำไปสู่การรักษาได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็ว พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่นำไปสู่สาเหตุของการเสียชีวิต

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะช็อก, การบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้อง, ระยะฉุกเฉิน

Abstract

Changes in the circulatory system lead to shock, Resulting in the circulation especially the oxygen within the body decreases, causing cells and tissues to be unable to use oxygen for energy metabolism. Additionally, it influences many organ malfunction and is a cause of mortality. Currently, there are standards for the care of patients for the care of patients with traumatic injuries (Advanced Trauma Life Support) of The American Association of Surgeons Standard. Including, nursing practice guidelines of caring for trauma patients with shock together with the use of empirical evidence. Therefore, it is crucial to promote accurate and quick treatment within the "Golden hour period" of care. Emergency nurses are important personnel in caring for patients. This is done to avoid major complications that could become the cause of death.

Keywords : Nursing, Shock, Thoracoabdominal injury, Emergency phase

บทนำ

การบาดเจ็บ (Trauma) ก่อให้เกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรทั่วโลก โดยแต่ละปีจะมีจำนวนผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บเฉลี่ย 3.16 ล้านคนต่อปี และเสียชีวิตเฉลี่ย 4.4 ล้านคนต่อปี⁽¹⁾ นอกจากนี้สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อย เช่น การบาดเจ็บทางถนน การพลัดตกหกล้ม รวมถึงความรุนแรงจากการทำร้าย⁽¹⁻²⁾ สำหรับสถิติประเทศไทยช่วงในปี 2562-2564 มีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่รุนแรงเฉลี่ย 977.6, 957.7, 928.7 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังจากเข้ารับการรักษา การบาดเจ็บส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงผลกระทบในระยะยาวด้านสังคม เศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้นกระบวนการดูแลในระยะแรกตั้งแต่ การคัดแยก การแก้ไขภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต รวมถึงการส่งต่อเพื่อรับการรักษา จึงเป็นสิ่งสำคัญในช่วงเวลาทอง (Golden hour period) ของการดูแล เพื่อการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว⁽²⁻³⁾

ภาวะช็อก (Shock) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ทำให้การขนส่งออกซิเจนภายในร่างกายลดลง เซลล์และเนื้อเยื่อไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ในการเผาผลาญพลังงานได้ และเกิดการเผาผลาญโดยไม่มีใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานของอวัยวะล้มเหลวและนำไปสู่สาเหตุของการเสียชีวิต⁽⁵⁻⁶⁾ ภาวะช็อกแบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่ ภาวะช็อกจากการทำงานของหัวใจล้มเหลว (Cardiogenic shock) ภาวะช็อกที่เกิดจากการอุดตัน (Obstructive shock) ภาวะช็อกที่เกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดในร่างกาย (Distributive shock) และภาวะช็อกที่เกิดจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock)⁽⁵⁻⁶⁾

สาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยมากที่สุดคือ การเสียเลือด โดยอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องอกถือเป็น 1 ใน 6 สาเหตุหลักจากภาวะคุกคามต่อชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ

เนื่องจากการบาดเจ็บบริเวณช่องอกเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต นอกจากนั้นสาเหตุการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายมักจะเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บบริเวณช่องท้องร่วมด้วย เนื่องจากเป็นอวัยวะขนาดใหญ่และเชื่อมต่อกับช่องอก (Thoracoabdominal cavity) อาจเกิดการบาดเจ็บหรือฉีกขาดจึงเป็นสาเหตุให้เกิดเลือดออกภายในร่างกายจนนำไปสู่ภาวะช็อกจากการเสียเลือด หากได้รับการรักษาล่าช้าจะทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับตัวในระยะช็อกได้ (Decompensated shock) นำไปสู่ภาวะช็อกที่รุนแรงและเสียชีวิตในที่สุด⁽⁴⁻⁶⁾

ปัจจุบันมีแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุชั้นสูง (ATLS) ของสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีหลักการประเมินและกระบวนการดูแลที่ประกอบด้วย การประเมินผู้บาดเจ็บระยะแรก (Primary surveys) การจัดการดูแลระยะแรก (Adjunct to primary surveys) การประเมินผู้บาดเจ็บระยะที่สอง (Secondary surveys) การจัดการดูแลระยะที่สอง (Adjunct to secondary surveys)⁽⁵⁾ รวมถึงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีภาวะช็อกร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ฉากฉุกเฉิน รวมถึงการนำส่งรักษาต่อที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่ออาการทรุดลง หรืออัตราการเสียชีวิต⁽⁶⁻¹⁰⁾

พยาบาลวิชาชีพประจำห้องฉุกเฉินเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประเมินและคัดแยก รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินสภาพและดูแลช่วยเหลือ รวมถึงสามารถประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จากความสำคัญและเหตุผลดังกล่าว ผู้จัดทำในฐานะพยาบาลวิชาชีพ จึงได้ศึกษา

และวิเคราะห์กรณีศึกษา ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้อง ในระยะฉุกเฉิน เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพภายใต้ทรัพยากรและบุคคลที่จำกัด โดยใช้กระบวนการ พยาบาล เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายอายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการปวดทั่วท้อง หายใจเหนื่อยเป็นมา 30 นาที

ระดับความเร่งด่วน (Triage)

สัญญาณชีพแรกพบ T 36.5 °C, PR 128/min, RR 34-40/min, BP 123/58 mmHg, O₂sat 82 % ผู้ป่วยรายนี้จัดระดับความเร่งด่วนระดับ 1 ตามเกณฑ์การประเมิน MOPH Triage หมายถึงผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที⁽¹¹⁾

การประเมินผู้บาดเจ็บระยะแรก (Primary surveys)

การตรวจขั้นต้นที่ผิดปกติที่พบ BP 123/58 mmHg (MAP 80 mmHg), RR 34-40/min หายใจเร็ว ใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ (Accessory muscles use) O₂ sat 82 %, ฟังเสียงหายใจข้างซ้ายเบาได้ยินเสียง Crepitation คลำพบ Crepitus ที่บริเวณหน้าอกข้างขวา เคาะได้ยินเสียง Dullness บริเวณอกข้างซ้าย ผิวหนังเย็น Capillary refill time (CRT) > 2 s, PR 128/min คลำชีพจรเบาเร็ว

การจัดการดูแลระยะแรก (Adjunct to primary surveys)

ผู้ป่วยได้รับ O₂ mask c bag 10 lpm หลังให้การดูแล ประเมิน O₂ sat 100 %, ยังคงมีอาการหายใจเหนื่อยหอบและใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ RR 32-34/

min ให้สารน้ำตามแผนการรักษา Ringer lactate solution (RLS) 1000 ml IV rate 100 cc/hr หลังได้รับสารน้ำ BP 98/68 mmHg (MAP 78 mmHg), PR 126/min ปรับการให้สารน้ำเป็น Load 1000 ml และประเมินซ้ำทุก 15 นาที หลังได้รับการรักษา BP 52/35 mmHg (MAP 41 mmHg), PR 130/min แพทย์ประเมิน Focus Assessment with Sonography in Trauma (FAST) พบ Positive at hepatorenal and splenorenal, Chest X-Ray (portable) พบ Hemothorax right lung, fracture 5th-7th ribs left and fracture 6th-7th, 10th ribs right, blunt costophrenic angle at right lung สงสัยภาวะเลือดออกภายในร่างกาย ใส่ NG tube ได้ Content สีเหลืองขุ่น ปริมาณ 300 cc ต่อลงถุง แพทย์พิจารณาการรักษาให้เลือด (Packed red cells 4 U, Fresh frozen plasma 4 U, Platelet concentrates 10 U) และ On intercostal chest drain (ICD) at left lung and right lung ข้างซ้ายได้เลือดปริมาณ 100 ml ข้างขวาได้ลม ผู้ป่วยยังคงมีอาการเหนื่อยหายใจเร็ว RR 40-42/min แพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube No. 8 mark 23 ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ BP 98/68 mmHg (MAP 78 mmHg), PR 126/min, RR 32/min, O₂ sat 100%, E4VtM6

การประเมินผู้บาดเจ็บระยะที่สอง (Secondary surveys)

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาคุกคามต่อชีวิตระยะแรกแล้ว มีสัญญาณชีพคงที่จึงซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด พบว่า 1 ก่อนมาโรงพยาบาล ถูกทำร้ายร่างกายโดยใช้ท่ออะลูมิเนียมตีบริเวณใบหน้า หน้าอกทั้ง 2 ข้าง และถูกเตะบริเวณท้องและลำตัว ซ้อย่าแก้ปวดมารับประทานเอง 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดทั่วท้อง หายใจเหนื่อยมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตมีโรคความดันโลหิตสูง แต่ขาดการรักษา

การตรวจสภาพร่างกาย พบ ผลถลอกบริเวณแก้มข้างขวา มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ และใช้กล้ามเนื้อ

เนื้อหน้าอกในการช่วยหายใจ ได้รับการใส่ ICD ยังคงมีปริมาณเลือดออก 100 ml บริเวณข้างซ้าย หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้อง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่ได้ยิน

การจัดการดูแลระยะที่สอง (Adjunct to secondary surveys)

ผู้ป่วยมีประวัติการบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้องแพทย์จึงพิจารณาส่งตรวจ CT-Chest, CT-whole Abdomen ตรวจพบ Left hemopneuthorax and right pneumothorax ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ White Blood Cell 2.69×10^3 /uL, Hematocrit 35.4%, Platelet 120×10^3 /uL, Neutrophil 89.3%, BUN 84 mg/dl, Cr 3.31 mg/dl, Sodium 123 mmol/L, CO₂ 13 mmol/L, Phosphorus 7.8 mg/dl, AST (SGOT) 325 U/L, ALT (SGPT) 167 U/L

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

Blunt thoraco-abdominal injury with left hemopneuthorax with right pneumothorax

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากกรณีศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะวิกฤต ได้แก่ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง เนื่องจากมีภาวะเลือดออกจากการบาดเจ็บภายในช่องอกและช่องท้อง มีภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ 2. ระยะการส่งต่อ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายในโรงพยาบาล เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต 3. ระยะต่อเนื่อง ได้แก่ ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>ระยะที่ 1 ระยะวิกฤต</p> <p>1. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง เนื่องจากมีภาวะเลือดออกจากการบาดเจ็บภายในช่องอกและช่องท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : “ปวดทั่วท้อง เหนื่อย”</p> <p>O : 1 วันก่อน ถูกทำร้ายร่างกายโดยใช้ท่ออะลูมิเนียมตีเข้าที่บริเวณใบหน้า และ หน้าอก ถูกกระแทบที่บริเวณท้องและลำตัว</p> <p>O : RR 34-40 bpm, BP 123/58 mmHg, P 128/min,</p> <p>O : Shock index = 1.0</p>	<p>1. จัดทำ Passive leg raising ให้ผู้ป่วยนอนหงายยกขาสูง 45 องศา เป็นระยะเวลา 60 วินาที⁽⁸⁾ เพื่อเพิ่มปริมาณไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆเพิ่มขึ้น</p> <p>2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำเป็น RLS 1000 ml load ครั้งละ 250 ml และประเมินซ้ำทุก 15 นาที⁽⁵⁻⁶⁾</p> <p>3. เตรียมการทำ Massive transfusion protocol ตามแผนการรักษาซึ่งประกอบด้วย เลือดและสารประกอบเลือดในอัตราส่วนที่เหมาะสมได้แก่ 1 :1 :1 (Packed red cells : Fresh frozen plasma : Platelet concentrates)⁽⁵⁻⁶⁾</p>	<p>สัญญาณชีพ BP 100/60 mmHg (MAP 73 mmHg), PR 128/min, RR 28-30/min, O₂ Sat 100 %, ระดับความรู้สึกตัว E3VtM5 ประเมินค่า Shock index = 1.8 ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตที่ลดลง BP 72/80 mmHg (MAP 77 mmHg), PR 120/min RR 30/min, O₂ sat 100% c O₂ mask c bag 10 lpm ประเมินค่า Shock index = 1.7 แพทย์มีแผนการรักษาให้ยา Levophed (8 :250) IV drip rate 30 ml/hr ติดตามประเมินสัญญาณชีพล่าสุด BP 100/80 mmHg (MAP 77 mmHg), PR 118/min, RR</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>O : CRT > 2 s, ตัวเย็น, หน้าท้องแข็งตึง, กดเจ็บทั่วท้อง, เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่ได้ยิน</p> <p>O : FAST=Positive at hepatorenal and splenorenal</p> <p>O : CxR พบHemothorax Rt Lung, Fx 5th-7th ribs Lt and Fx 6th-7th, 10th ribs Rt, Blunt costophrenic angle at Rt Lung</p> <p>O : Hematocrit 35.4%, Platelet $120 \times 10^3 / \mu\text{L}$</p> <p>O : AST (SGOT) 325 U/L, ALT (SGPT) 167 U/L</p> <p>O : BUN 84 mg/dl, Cr 3.31 mg/dl</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด</p> <p>เกณฑ์การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SBP > 80-90 mmHg, MAP \geq 65 mmHg 2. shock index < 0.9 3. Glasgow coma score เท่าเดิมหรือไม่ลดลงจากเดิม 1 คะแนน 4. ไม่มี Sign of shock เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง, มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น, ปัสสาวะน้อยกว่า 30 cc/hr, capillary refill > 2 sec 	<ol style="list-style-type: none"> 4. ประเมินระดับสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การตรวจร่างกายที่บ่งบอกอาการในภาวะช็อก เช่น ปัสสาวะลดลงน้อยกว่า 30 cc/hr, การประเมินการไหลเวียนเลือดไปอวัยวะส่วนปลาย CRT < 2 s, อาการเหงื่อออกตัวเย็นทุก 15 นาที⁽⁵⁻⁶⁾ 5. ประเมินระดับ Shock index โดยคำนวณจาก (Heart Rate) / (Systolic Blood Pressure) ถ้ามีระดับค่ามากกว่า 0.9 จะต้องมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงในระยะช็อก⁽⁵⁻⁶⁾ 6. ประเมินอุณหภูมิของร่างกายผู้ป่วย รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) เพื่อป้องกันภาวะ เนื่องจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการเผาผลาญพลังงานในร่างกายที่ลดลง และเป็นสาเหตุต่อการเสียชีวิต⁽⁵⁻⁶⁾ 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ คือ การประเมินระดับตัวนำออกซิเจนในร่างกาย เช่น RBC, Hct, Hb การประเมินการทำงานของไต BUN, Cr เพื่อเฝ้าระวังการเกิด Prerenal acute kidney injury 	<p>26/min, O₂sat 100% c ET-tube ประเมินค่า Shock index = 1.2 ได้รับ การใส่สายสวนปัสสาวะ มีปริมาณ ปัสสาวะออกประมาณ 30 cc/hr, ประเมิน capillary refill = 2 s</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>2. มีภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากได้รับการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ ICD ตามแผนการรักษา โดยในกรณีศึกษาพบภาวะเลือดออกและลมรั่วในช่องอกทั้ง 2 ข้าง แพทย์จึงมีแผนการรักษาใส่ ICD ทั้ง 2 ข้าง ชนิด 2 ขวด เพื่อระบายลมและเลือดให้ปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น 2. ดูแลให้ได้ออกซิเจนอย่างเพียงพอในกรณีศึกษาครั้งนี้พิจารณาตามแผนการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube No 8 mark 23 และบีบ Self-inflating bag โดยพิจารณาบีบ 1/3 ของ Self-inflating bag เพื่อป้องกันการเกิดการเพิ่มปริมาตรของอากาศที่ผู้ป่วยมากเกินไป และบีบตามอัตราการหายใจของผู้ป่วย 3. ดูแลและติดตามการทำงานของระบบหายใจให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลาดูแลสายไม่ให้หัก พับ งอ สังเกตภาวะเลือดที่ออกมามากเกิน 200 ml ใน 1 ชั่วโมง หากมีความผิดปกติให้รายงานแพทย์ 4. ตรวจร่างกายและฟังเสียงปอด มีอาการลดลงหรือไม่ 5. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน 6. ประเมินอาการซ้ำเมื่อมีอาการผิดปกติได้แก่ กระสับส่าย หายใจเร็ว มีการใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ, $O_2\text{sat} < 94\%$ หากมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ 	<p>ผู้ป่วยมีอาการทอบเหนื่อย แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ET-Tube และใส่ ICD ข้างซ้าย ได้ปริมาณ Content เป็นเลือดปริมาณ 100 ml และมีลม ส่วนด้านขวา ได้เป็นลม ฟังเสียงหายใจข้างซ้ายได้ยินเสียง Crepitation ที่ลดลง ยังคงคลำพบ Crepitus ที่บริเวณหน้าอกข้างขวาได้ หลังจากนั้น และส่ง CXR ซ้ำ ไม่พบความผิดปกติที่เกิดจากการทำหัตถการประเมินสัญญาณชีพซ้ำ BP 72/80 mmHg (MAP 77 mmHg), PR 120/min, RR 26/min, $O_2\text{sat}$ 100%</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p>		
<p>S : “เหนื่อยทอบ”</p>		
<p>O : ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจเร็ว มีการใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ</p>		
<p>O : สัญญาณชีพแรกเริ่ม RR 34-40/min, $O_2\text{sat}$ 86 % RA</p>		
<p>O : ฟังเสียงหายใจข้างขวาเบาได้ยินเสียง Crepitation คลำพบ crepitus ที่บริเวณหน้าอกข้างขวา เคาะได้ยินเสียง Dullness บริเวณอกข้างขวา</p>		
<p>O : CxR พบHemothorax Rt Lung, Fx 5th-7th ribs Lt and Fx 6th-7th, 10th ribs Rt, Blunt costophrenic angle at Rt Lung</p>		
<p>วัตถุประสงค์</p>		
<p>ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน</p>		
<p>เกณฑ์การพยาบาล</p>		
<p>1. RR 16-20/min, หายใจเหนื่อยลดลง ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ, $O_2\text{sat} > 94\%$</p>		
<p>2. ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ</p>		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>3.ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ</p> <p>S : “มีอาการปวดทั่วท้อง”</p> <p>O : มีอาการกระสับกระส่าย มีสีหน้า คิ้วขมวด ตัวเกร็ง</p> <p>O : ประเมินระดับความเจ็บปวด Behavior pain scale 9 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>อาการปวดลดลง</p> <p>เกณฑ์การพยาบาล</p> <p>1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>2. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Behavior pain scale มีระดับคะแนนที่ลดลง</p> <p>3. มีสีหน้าท่าทางดีขึ้น ไม่มีสีหน้าคิ้วขมวด ตัวบิดเกร็ง หรืออาการกระสับกระส่าย</p>	<p>1. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Tramadol 50 mg IV stat และสังเกตอาการข้างเคียงของการได้รับยา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ พิจารณาให้ Metoclopramide 10 mg IV stat ตามแผนการรักษา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวด</p> <p>2. ประเมินอาการปวดโดยใช้ Behavior pain scale หากมีอาการปวดน้อยกว่า 7 คะแนน ค้นหาสาเหตุอาการปวดและบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยา หรือในกรณีมีอาการปวดระดับปานกลาง (7-9) หรือ ปวดมาก (10-12) รายงานแพทย์เพื่อติดตามให้ยาตามแผนการรักษา</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวด Tramadol 50 mg IV stat หลังได้รับยาอาการกระสับกระส่ายลดลง ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Behavior pain scale 7 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ BP 72/80 mmHg (MAP 77 mmHg) PR 120/min RR 26/min</p>
<p>ระยะที่ 2 ระยะการส่งต่อ</p> <p>การเตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายในโรงพยาบาลเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O : การคัดแยกผู้ป่วยอยู่ในวิกฤต</p> <p>O : แพทย์มีแผนการรักษาส่งผู้ป่วยรักษาต่อหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ผู้ป่วยมีความปลอดภัยระหว่างส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตภายในโรงพยาบาล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. มีระดับสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงมากกว่า 1 คะแนน ขณะทำการส่งต่อทั้ง 3 ระยะ</p>	<p>1. ระยะก่อนการเคลื่อนย้าย</p> <p>- เตรียมอุปกรณ์นำส่งและตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องควบคุมสารน้ำ อุปกรณ์ยาฉุกเฉิน และกระเป๋าฉุกเฉิน⁽¹²⁾</p> <p>- เตรียมบุคลากร โดยจัดระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย ซึ่งรายนี้จัดเป็นความเสี่ยงสูงที่อาจเกิดอาการทรุดลงระหว่างนำส่ง Stable with High risk of deterioration โดยจัดพยาบาลวิชาชีพระดับ Develop (พยาบาลที่มีประสบการณ์ในห้องฉุกเฉิน 3-5 ปี และมีพื้นฐานความรู้ BLS และ ACLS) และ Doing (พยาบาลที่มีประสบการณ์ในห้อง</p>	<p>1. ระยะก่อนเคลื่อนย้าย</p> <p>- สัญญาณชีพก่อนการเคลื่อนย้าย BP 100/80 mmHg (MAP 77 mmHg) ขณะให้ยา Levophed (8 :250) IV drip rate 30 cc/hr, PR 120/min, O₂ sat 100% c ET-tube RR 24/min ระดับความรู้สึกตัว E4VtM6 ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG : Sinus tachycardia rate 120/min ระดับ Shock index 1.2 คะแนน ประเมิน ICD ช้างซ้าย ได้ปริมาณ Content เป็นเลือดปริมาณ 100 ml</p> <p>2. ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย</p> <p>- สัญญาณชีพอยู่ในระดับคงที่ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งบอกถึงอาการทรุดลงระหว่างนำส่ง</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
2. มีระดับค่าคะแนน Shock index < 0.9	<p>ฉุกเฉิน 1-3 ปี และมีพื้นฐานความรู้ BLS และ ACLS) อย่างละ 1 คน⁽¹²⁾</p> <p>- ประเมินสภาพผู้ป่วยตามหลัก ABCDE⁽¹²⁾</p> <p>2. ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย</p> <p>- ประเมินสภาพผู้ป่วยและสัญญาณชีพผู้ป่วยระหว่างการนำส่ง⁽¹²⁾</p> <p>3. ระยะหลังการเคลื่อนย้าย</p> <p>- ส่งต่ออาการผู้ป่วยตามหลัก ISBAR⁽¹²⁾</p> <p>- ส่งมอบเอกสารการรักษา บันทึกการให้ยาและเฝ้าระวังอาการหลังยาค้นที่กักทางพยาบาล⁽¹²⁾</p>	<p>3. ระยะหลังการเคลื่อนย้าย</p> <p>- ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตัตถุกรรม ทำการประเมินสัญญาณชีพซ้ำมีระดับคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการนำส่งพยาบาลนำส่งข้อมูลที่ยังพบปัญหาในการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังคงมีภาวะ Shock และแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพในระยะวิกฤตที่ควรเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>ระยะที่ 3 ระยะต่อเนื่อง</p> <p>ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ญาติผู้ป่วยสอบถามอาการว่า “อาการยังงัยบ้างหมอ”</p> <p>O : ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>ญาติคลายความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง</p>	<p>1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติจากการสอบถามพูดคุยถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้</p> <p>2. อธิบายขั้นตอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาเบื้องต้นที่แพทย์ได้ให้การรักษา และอธิบายอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะเพื่อให้ญาติได้รับทราบอาการผู้ป่วย</p> <p>3. ให้ญาติมีส่วนร่วมพิจารณาในการรักษา เช่น การลงนามความยินยอมให้ทำการรักษา รวมถึงเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย</p> <p>4. ในกำลังใจเพื่อให้ญาติลดความวิตกกังวล</p>	<p>ญาติบอกว่าวิตกกังวลลดลงเข้าใจถึงภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบันมากขึ้น และยอมรับการเจ็บป่วย มีสีหน้าผ่อนคลายลง และอนุญาตลงนามยินยอมทำการรักษา</p>

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายอายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการปวดทั่วท้อง แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ประเมินความแรงตัวระดับ 1 แรก รับ BP 123/58 mmHg, RR 34-40/min หายใจเร็วมีการใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ O₂sat 82 %, ฟังเสียงหายใจข้างซ้ายเบา ได้ยินเสียง Crepitation คลำพบ crepitus ที่บริเวณหน้าอก ข้างขวา เคาะได้ยินเสียง Dullness บริเวณอกข้างซ้าย ผิวหนังย่น Capillary refill time (CRT) > 2 s, P 128/min คลำชีพจรเบาเร็ว วินิจฉัยเป็น Blunt Thoraco-abdominal injury c Lt. hemopneuthorax c Rt. Pneumothorax ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เนื่องจากมีภาวะเลือดออกจากการบาดเจ็บภายในช่องอกและช่องท้อง แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ และการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติภายในโรงพยาบาล กรณีศึกษารายนี้ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support) และการจัดการปัญหาโดยใช้กระบวนการพยาบาล รวมถึงการติดตามการประเมินภาวะช็อกโดยใช้เครื่องมือประเมิน Shock index ตั้งแต่ในระยะแรก รับ จนเข้าสู่กระบวนการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

อภิปราย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้อง ในระยะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยทำงานล้มเหลวและนำไปสู่สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต จากกรณีศึกษาจะเห็นถึงกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ระยะแรก รับ ระยะจัดการภาวะคุกคามต่อชีวิต รวมถึงการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาที่เหมาะสม โดยยึดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขั้นสูง (Advanced Trauma Life

Support) ของสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา⁽⁵⁾ และกระบวนการพยาบาลเพื่อนำไปสู่แนวทางการแก้ไข จากกรณีศึกษามีประเด็นสำคัญใน การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการบาดเจ็บบริเวณช่องอกและช่องท้อง ดังนี้

1. ระบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน จากกรณีศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลักการประเมินผู้ป่วยตามบทบาพยาบาลในระยะคัดแยก จนถึง การเข้าถึงการรักษาที่ถูกต้องและมีแนวทางที่ชัดเจนสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและจัดการแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตได้อย่างรวดเร็ว⁽³⁾ การให้ความสำคัญในการตรวจร่างกายที่เป็นระบบที่มุ่งเน้นการหลักการประเมินผู้บาดเจ็บระยะแรกยังเป็นข้อมูลสนับสนุนต่อการค้นหาภาวะคุกคามชีวิต กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อการจัดการภาวะช็อกสำหรับกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่าง เป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจนสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม^(3,9,11)

2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายนี้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่ชัดเจน ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อร่างกายได้รับการบาดเจ็บที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ส่วนหนึ่งร่างกายจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic เพื่อปรับสมดุลโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนโลหิตที่เพิ่มขึ้นในช่วงแรก เช่น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อทำการชดเชยและเพิ่มปริมาณการไหลเวียนออกซิเจนไปสู่เซลล์เพิ่มขึ้น หรือระยะปรับตัว (Compensated shock) หากร่างกายไม่สามารถปรับสมดุลในระยะนี้ได้ ก็จะเข้าสู่ ระยะหลัง (Uncompensated shock) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ทำให้เกิดกระบวนการเผาผลาญพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ จึงเป็นสัญญาณเตือนในช่วงแรกที่บ่งบอกถึงการเข้าสู่ระยะช็อก นอกจากนั้นการ

เปลี่ยนของระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะที่ลดลง น้อยกว่า 30 cc/hr เป็นสัญญาณเตือนในการเข้าสู่ภาวะช็อกที่รุนแรง หรือความเสี่ยงต่อการอวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจนที่ลดลงและนำไปสู่การเกิดอวัยวะล้มเหลว⁽⁴⁻⁶⁾ ทั้งนี้จะต้องพิจารณาจากปัจจัยร่วมด้วย เช่น อายุ โรคร่วม ความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมถึงกลไกการบาดเจ็บ^(7,10) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม อาจส่งผลต่อการเกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และนำไปสู่สาเหตุของการเสียชีวิต

3. การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ต่อการประเมินและเฝ้าติดตามภาวะช็อก สำหรับกรณีศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินและเฝ้าติดตามโดยใช้การประเมิน Shock index^(5,7) ซึ่งเป็นการประเมินภาวะช็อกที่รวดเร็ว และสามารถทำนายขั้นต้นเกี่ยวกับระยะช็อกได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับกรณีศึกษาที่พบว่า มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ระดับคะแนน Shock index = 1 ซึ่งเปรียบเทียบกับภาวะช็อกระดับ 3 ถึงว่าในช่วงแรกจะมีระดับ Pulse pressure กว้าง แต่พบว่าเมื่ออัตราการเต้นของชีพจรที่เร็ว กระบวนการดังกล่าวจึงแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงในภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่เร่งด่วน เพื่อจัดการภาวะช็อกต่อชีวิตที่เกิดขึ้น^(7,9-10)

4. บทบาททางการแพทย์จากกรณีศึกษาในผู้ป่วยรายนี้พบว่าได้มีการแบ่งการจัดการออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะวิกฤต ระยะส่งต่อ และระยะต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เห็นว่าในแต่ละระยะพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน การติดตามอาการ รวมถึงการรวมกับทีมสหวิชาชีพในการประสานแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิตในผู้ป่วยรายนี้ เช่น การใส่ ICD การให้เลือด การให้สารน้ำ รวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ได้แก้ไขภาวะฉุกเฉินต่อชีวิตได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมี การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง การนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์มาเป็นแนวทางต่อการเฝ้าระวัง การใช้เครื่องมือ

ติดตามภาวะช็อก ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนถึงกระบวนการนำส่งรักษาต่อ^(9,10) นอกจากนั้นบทบาทพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้ คือ การประสานงานและการให้ข้อมูลการดูแลแก่ญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่เข้าใจต่อกระบวนการในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการประเมินภาวะช็อก ร่วมกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การจัดการภาวะฉุกเฉินชีวิต รวมถึงกระบวนการนำส่งผู้ป่วยรักษาต่อ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

2. ควรส่งเสริมการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อกรณีศึกษา ในการจัดภาวะช็อกที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บที่รุนแรง เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งผลลัพธ์ทางการรักษา และผลลัพธ์ทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Injuries and violence [Internet]. Geneva : World Health Organization; 2021 [cited 2022 Sep 27]. Available from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>
2. Dounghthipsirikul S, Sirisamutr T, Wachiradilok P. Report on the situation of emergency medical services and the development of operating quality for severely injured patients (Major trauma) [Internet]. Nonthaburi : National Institute for Emergency Medicine; 2022. [cited 2022 Sep 27]. Available from : https://www.niems.go.th/1/uploadattachfile/2022/ebook/415820_20220624104504.pdf (in Thai)

3. Kanchanitanont C, Vipavakarn S, Prombutr R. The Development of Nursing Care Model for Severe Multiple Injury in Krabi Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 18];20 (1) :340-49. Available from : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/185135/130230> (in Thai)
4. Kislitsina ON, Rich JD, Wilcox JE, Pham DT, Churyla A, Vorovich EB, et al. Shock - Classification and Pathophysiological Principles of Therapeutics. *Current cardiology reviews* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 10];15 (2) :102-13. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6520577/pdf/CCR-15-102.pdf>
5. American College of Surgeons. *Advance Trauma Life Support : the tenth edition*. Chicago : American College of Surgeons; 2018.
6. Norasan S. *Trauma nursing*. Bangkok : Idea Instant Printing; 2021. (in Thai)
7. Odom SR, Howell MD, Gupta A, Silva G, Cook CH, Talmor D. Extremes of shock index predicts death in trauma patients. *Journal of emergencies trauma and shock* [Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 18];9 (3) :103-6. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960776/>
8. Tapar H, Karaman S, Dogru S, Karaman T, Sahin A, Tapar GG, et al. The effect of patient positions on perfusion index. *BMC Anesthesiology* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 18];18 (1) :111-15. Available from : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097320/pdf/12871_2018_Article_571.pdf
9. Yoosook S, Suwanmontri P, Charoenrat P, Ninsonthi N. Developing a Model of Care for the Multiple Trauma Hypovolemic Shock Patients in Sawanpracharak Hospital. *Journal of the Department of Medical Services* [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 10];42 (6) :96-101. Available from : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/248671/169122> (in Thai)
10. Panhom N, Chanruangvanich W, Chayaput P, Thosingh O. Comparative Study of Factors Related to Traumatic Shock Between Adult and Older Adult Injured Patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* [Internet]. 2565 [cited 2022 Sep 9];37 (2) :128-43. Available from : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/256887/176510>. (in Thai)
11. Department of medical services. *MOPH ED. Triage*. Bangkok : Department of medical services; 2018. (in Thai)
12. National Institute for Emergency Medicine. *Interfacility Patient Transfer*. Bangkok : Ultimat printing; 2014. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

Factors associated to application usage behaviors on mobile communication devices for health care among elders in Khlong Luang district, Pathumthani province

นัชชา ยันติ

Nadchar Yanti

ทัศนพร ชุศักดิ์

Thassaporn Chusak

กริช เรืองไชย

Krich Ruangchai

วารภรณ์ ไชยสุรียานันท์

Varaporn Chaisuriyanan

บัวทิพย์ บุญประเสริฐ

Buatip Boonprasert

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

Received : October 26, 2022 Revised : November 9, 2022 Accepted : January 17, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 385 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ต่อพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ พบว่า สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย การใช้เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่เพื่อสืบค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ต การใช้แอปพลิเคชันกู้เงิน และความรู้และทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้น ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจและสร้างทัศนคติในการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : แอปพลิเคชัน, เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this current research were to study the behavioral level using mobile applications in health care of the elderly and to determine the factors related to the behavior of using mobile applications in the health care of the elderly. The sampling group in this study was 385 people living in Khlong Luang District, Pathum Thani Province, selected using multistage sampling, and the data were collected by using questionnaires. Index of item objective congruence of the questionnaires was equal to 0.83, while reliability of the questionnaires calculated from Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, such as averages, percentages, standard deviations, correlation test using chi-square statistic, and Pearson Product Moment Correlation. The results show that 213 out of 385 people or 55.3% had behavior using mobile applications in health care of the elderly at moderate level. In addition, the results demonstrate the relationship between variables on mobile application behavior in health care of the elderly. For example, the variables were status, lifestyle, use of mobile communication tools to search the Internet, use of Google applications, and knowledge and attitudes of using applications in health care of those elderly. The behavior of using applications on mobile communication devices was statistically related to health care among the elderly ($P < 0.05$). In summary, families, communities, and related agencies should encourage the elderly to have a better understanding and attitude to use applications on communication devices as the tools for their more effective health care.

Keywords : application, mobile communication devices, elderly health care

บทนำ

ผู้สูงอายุของประเทศไทยกำลังเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง จากสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยในเดือนธันวาคม พ.ศ.2563 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17.5 และเพิ่มเป็นร้อยละ 18.3 ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 โดยเป็นผู้อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 12,116,199 คน จากประชากรทั้งหมด 66,135,261 คน ซึ่งเป็นหลักฐานชี้ให้เห็นว่าขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว⁽¹⁾ ผู้สูงอายุมักพบกับปัญหาภาวะสุขภาพที่มีความเสื่อมถอย เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะติดบ้านและติดเตียง สิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการหกล้มจนเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตตลอดจนการเสียชีวิต และยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มจะอาศัยคนเดียวลำพัง ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอีกด้วย⁽²⁾ ประเทศไทย

จึงมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะการมีสุขภาพที่ดีซึ่งเป็นหนึ่งในสามของเสาหลักภาวะพลุดพลัง (Active Ageing) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกคือการมีภาวะสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ⁽³⁾ เพื่อเตรียมความพร้อมที่ประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่ช้า

ในยุคเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศที่ก้าวหน้าเข้าสู่ยุคดิจิทัล ประชาชนทุกช่วงวัยรับข่าวสารบริการต่าง ๆ รวมถึงการเสพสิ่งบันเทิง การติดต่อสื่อสารระหว่างกันโดยอาศัยการทำงานของระบบอินเทอร์เน็ตไร้สายเป็นหลัก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากสามารถใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์เพื่อ

การสื่อสาร ทำธุรกรรมทางการเงิน การสั่งซื้อสินค้า การรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และความบันเทิง จากการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2562 พบผู้สูงอายุไทยใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ตโฟน ประมาณ 11 ล้านคน และใช้งานอินเทอร์เน็ตในกิจกรรมสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 93.1 รองลงมาคือการดาวน์โหลดรูปภาพ วิดีโอ เพลง ร้อยละ 70.2 และค้นหาข้อมูลสินค้าหรือบริการทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 50.3⁽⁴⁾ ดนัย ฉลาดคิด และภัทรวรรณ นีร์พัฒนธรร⁽⁵⁾ ได้ศึกษาระดับความฉลาดรู้เรื่องดิจิทัลบนอุปกรณ์สมาร์ตโฟน ของผู้สูงอายุในเขตบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความฉลาดรู้เรื่องดิจิทัลในระดับมาก ในด้านการเข้าถึงสื่อ การสื่อสาร การเข้าใจสื่อมารยาทในสังคมดิจิทัล ผู้สูงอายุสามารถใช้แอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟนเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพ เรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การช้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพและพบว่าผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพด้วยตนเองที่มากขึ้น⁽⁶⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุสามารถใช้สมาร์ตโฟนเป็นเครื่องมือในการคลายความเหงาและความรู้สึกโดดเดี่ยวซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้หนึ่งทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งสามารถส่งผลต่อสุขภาพร่างกายได้ Guo Zenghua และ Zhu Boyu⁽⁷⁾ ได้ศึกษาผลของการใช้สมาร์ตโฟนที่มีต่อความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุในประเทศจีน 7,128 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ตโฟนมีความรู้สึกเหงามีประมาณ ร้อยละ 30 ซึ่งน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใช้สมาร์ตโฟน และผู้สูงอายุที่ใช้สมาร์ตโฟนมีความเหงาที่ลดลงมากกว่า ร้อยละ 20 ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของผู้สูงอายุที่พร้อมรับการส่งเสริมและพัฒนาต่าง ๆ ผ่านการใช้เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่เพื่อการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันตลอดจนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นอำเภอที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นมากที่สุด มีบริบทของความเป็นเมืองที่มีหมู่บ้านจำนวนมากและมีสาธารณสุขภาคที่ครบครัน⁽⁸⁾ ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และความเครียด⁽⁹⁾ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดขององค์ประกอบด้านความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) มีความสัมพันธ์กัน⁽¹⁰⁾ ผลการวิจัยและข้อมูลสำคัญที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลการใช้อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ ตลอดจนการนำไปใช้การพัฒนาโปรแกรมรูปแบบหรือแอปพลิเคชันที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีได้ต่อไป

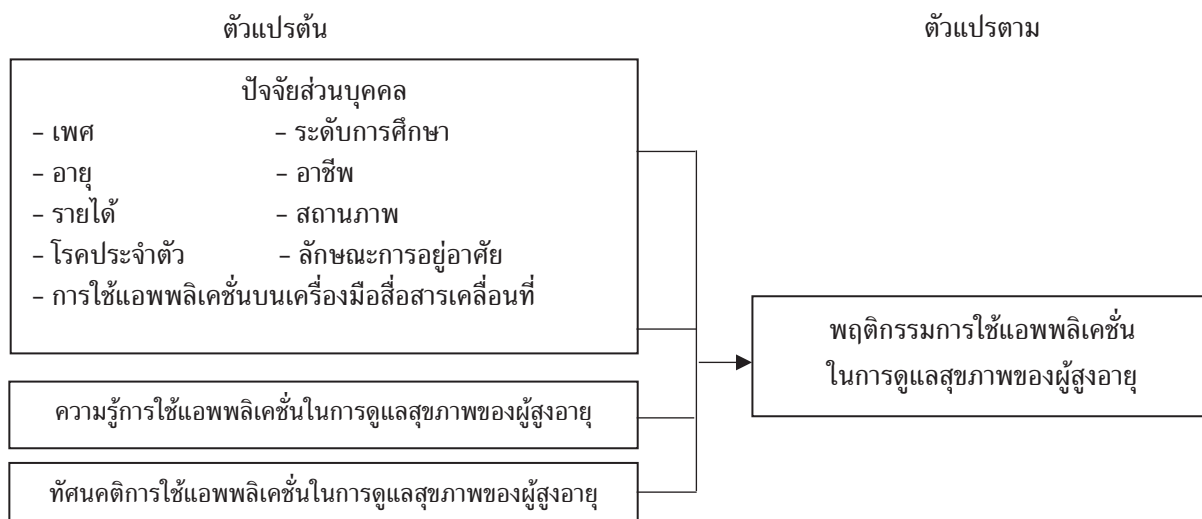
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ที่ศนคติและพฤติกรรมในการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมุติฐานงานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัย การใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ ความรู้และทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 – เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

2. ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิงอาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวงจังหวัดปทุมธานี ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนได้จากสูตร W.G. Cochran ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 385 คน ขั้นตอน มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามพื้นที่จำนวน 7 ตำบลในอำเภอคลองหลวง โดยให้โควตาตำบลละ 55 คน รวม 385 คน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ

เจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวงจังหวัดปทุมธานี 3) สามารถใช้แอปพลิเคชันในอุปกรณ์สื่อสารได้ 4) ยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) ไม่สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยและให้ข้อมูลด้วยตนเองได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (จำนวน 9 ข้อ) ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัย การใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่

3.2 ความรู้การใช้แอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (จำนวน 8 ข้อ) แบ่งระดับคะแนนของคำตอบเป็น 2 ระดับ คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

การแปลผลระดับความรู้การใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁰⁾ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 4) คะแนน หมายความว่า มีความรู้ระดับน้อย คะแนนระหว่างร้อยละ 60–79 (5 – 6) คะแนน หมายความว่า มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่างร้อยละ 80–100 (7–8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

3.3 ทักษะการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (จำนวน 8 ข้อ) แบ่งระดับคะแนนของคำตอบเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วย	1	3
เห็นด้วยปานกลาง	2	2
เห็นด้วยมาก	3	1

การแปลผลระดับทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสต์ (Best)⁽¹²⁾ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66	หมายความว่า	ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.33	หมายความว่า	ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00	หมายความว่า	ทัศนคติอยู่ในระดับสูง

3.4 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (จำนวน 8 ข้อ) แบ่งระดับคะแนนของคำตอบเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	3
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1

การแปลผลระดับพฤติกรรมใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสต์ (Best)⁽¹²⁾ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.66	หมายความว่า	พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.67–2.33	หมายความว่า	พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.00	หมายความว่า	พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item- Objective Congruence : IOC) โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปจึงนำไปใช้ได้ และมีการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอลำลูกกา จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นในเครื่องมือส่วนที่ 1 สำหรับวัดความรู้การใช้แอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ 0.72 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้การทดสอบวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยโดย

3.6.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.2 สถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) สถิติไคสแควร์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัย และการใช้สมาร์ทโฟนในการทำกิจกรรมกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ มีค่าความถี่คาดหวังที่น้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 และไม่มีค่าความถี่คาดหวังใดในช่องตารางแสดงความสัมพันธ์ที่น้อยกว่า 1 หาก

ข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าวให้ใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

2) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอายุ รายได้ ความรู้ และทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ หมายเลขโครงการ 0021/2564 ลงวันที่ 23 กันยายน 2564 ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ข้อมูลและผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ มีการเผยแพร่ข้อมูลโดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบข้อมูลได้และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ยินยอมหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธต่อผู้วิจัยได้

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 244 คน (ร้อยละ 63.4) อายุเฉลี่ย 71.8 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 199 คน (ร้อยละ 51.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 184 คน (ร้อยละ 47.8) ประกอบอาชีพพ่อบ้านหรือแม่บ้าน จำนวน 182 คน (ร้อยละ 47.3) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 208 (ร้อยละ 54.0) อาศัยอยู่กับลูกหลาน จำนวน 147 คน (ร้อยละ 38.2) กลุ่มตัวอย่างใช้เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่โดยมีวัตถุประสงค์ในการโทรเข้าและรับสาย จำนวน 331 คน (ร้อยละ 86.0) ส่งข้อความ รูปภาพ คลิปวิดีโอ จำนวน 232 คน (ร้อยละ 60.3) ติดต่อกับพูดคุยกับผู้อื่น จำนวน 362 คน (ร้อยละ 94.0) ติดตามข่าวสารประจำวัน จำนวน 239 คน (ร้อยละ 62.1) ดูคลิปวิดีโอ ฟังเพลง จำนวน

200 คน (ร้อยละ 51.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช่
เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่เพื่อสืบค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ต
จำนวน 285 คน (ร้อยละ 74.0) ไม่สั่งสินค้าออนไลน์
จำนวน 354 คน (ร้อยละ 91.9) ไม่ทำธุรกรรมทางการเงิน
จำนวน 354 คน (ร้อยละ 91.9) ไม่ฟังนิตยสาร/หนังสือเสียง
จำนวน 369 คน (ร้อยละ 95.8) สำหรับแอปพลิเคชันที่

ใช้ในการสื่อสารและค้นหาข้อมูลนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ทุกคนใช้แอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ 100 ไม่ใช่แอปพลิเคชัน
เฟซบุ๊ก จำนวน 254 คน (ร้อยละ 66.0) ไม่ใช่
แอปพลิเคชันกูเกิ้ล 362 คน (ร้อยละ 94.0) ใช้แอปพลิเคชัน
ยูทูป จำนวน 232 คน (ร้อยละ 60.3)

ตารางที่ 1 ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ
(n = 385)

การใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ		
ต่ำ	171	44.4
ปานกลาง	121	31.4
สูง	93	24.2
$\bar{X} = 5.1$ Min = 2, Max = 8, S.D = 1.88		
ทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ		
ต่ำ	152	39.5
ปานกลาง	169	43.9
สูง	64	16.6
$\bar{X} = 2.2$ Min = 1.1, Max = 2.8, S.D = 0.43		
พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ		
ต่ำ	41	10.6
ปานกลาง	213	55.3
สูง	131	34.0
$\bar{X} = 1.97$ Min = 1.1, Max = 2.5, S.D = 0.347		

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 5.1 คะแนน (Min = 2, Max = 8, S.D = 1.88) โดยมีความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ ระดับต่ำ จำนวน 171 คน (ร้อยละ 44.4) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 121 คน (ร้อยละ 31.4) และระดับสูง จำนวน 93 คน (ร้อยละ 24.2) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 2.2 คะแนน (Min = 1.1, Max = 2.8, S.D = 0.43) โดยมีทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ ระดับปานกลาง จำนวน 169 คน

(ร้อยละ 43.9) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 152 คน (ร้อยละ 39.5) และระดับต่ำจำนวน 64 คน (ร้อยละ 16.6) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 1.9 คะแนน (Min = 1.1, Max = 2.5, S.D = 0.347) โดยมีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 213 คน (ร้อยละ 55.3) รองลงมาคือพฤติกรรมระดับสูง จำนวน 131 คน (ร้อยละ 34.0) และพฤติกรรมระดับต่ำ จำนวน 41 คน (ร้อยละ 10.6) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 385)

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				0.63	0.723
ชาย	13 (31.7)	81 (38.0)	47 (35.9)		
หญิง	28 (68.3)	132 (62.0)	84 (64.1)		
สถานภาพ				14.97	0.020*
โสด	2 (4.9)	19 (8.9)	10 (7.6)		
สมรส	23 (56.1)	119 (55.9)	57 (43.5)		
หย่าร้าง	11 (26.8)	23 (10.8)	23 (17.6)		
หม้าย	5 (12.2)	52 (24.4)	41 (31.3)		
ระดับการศึกษา				13.97	0.066
ประถมศึกษา	15 (36.6)	108 (50.7)	61 (46.6)		
มัธยมศึกษา	10 (24.4)	38 (17.8)	38 (29.0)		
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	14 (34.1)	45 (21.1)	24 (18.3)		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	2 (4.8)	22 (10.3)	8 (6.1)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสาร เคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ			χ^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพ				13.52	0.095
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	14 (34.1)	101 (47.4)	67 (51.1)		
รับจ้าง	10 (24.4)	41 (19.2)	29 (22.1)		
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	8 (19.5)	21 (9.9)	20 (15.3)		
เกษตรกร	2 (4.9)	7 (3.3)	4 (3.1)		
ข้าราชการบำนาญ/เกษียณอายุ	7 (17.1)	43 (20.2)	11 (8.4)		
โรคประจำตัว				3.11	0.208
ไม่มี	25 (61.0)	120 (56.3)	63 (48.1)		
มี	16 (39.0)	93 (43.7)	68 (51.9)		
ลักษณะการอยู่อาศัยในปัจจุบัน				17.46	0.008*
อยู่กับคู่สมรส/คู่รัก	6 (14.6)	26 (12.2)	6 (4.6)		
อยู่กับคู่สมรส/คู่รักและลูก	23 (56.1)	73 (34.3)	43 (32.8)		
หลาน					
อยู่กับลูกหลาน	8 (19.5)	81 (38.0)	58 (44.3)		
อยู่กับญาติพี่น้อง	4 (9.8)	33 (15.5)	24 (18.3)		

*p-value<0.05

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดยพบว่าทุกตัวแปรมีความถี่คาดหวังที่น้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 และไม่มีค่าความถี่คาดหวังใดในช่องตารางแสดงความสัมพันธ์ที่น้อยกว่า 1 จึงใช้สถิติไคสแควร์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ จากตารางที่ 2 เป็นผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ พบว่า สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัยในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ (n = 385)

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ			χ^2	p-value
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การใช้เพื่อโทรเข้าและรับสาย				3.71	0.159
ใช้	38 (92.7)	177 (83.1)	116 (88.5)		
ไม่ใช้	3 (7.3)	36 (16.9)	15 (11.5)		
การใช้เพื่อส่งข้อความ รูปภาพ คลิปวิดีโอ				1.83	0.399
ใช้	23 (56.1)	124 (58.2)	85 (64.9)		
ไม่ใช้	18 (43.9)	89 (41.8)	46 (35.1)		
การใช้เพื่อติดต่อพูดคุยกับผู้อื่น				3.52	0.176
ใช้	40 (97.6)	196 (92.0)	126 (96.2)		
ไม่ใช้	1 (2.4)	17 (8.0)	5 (3.8)		
การใช้เพื่อติดตามข่าวสารประจำวัน				0.96	0.618
ใช้	23 (56.1)	136 (63.8)	80 (61.1)		
ไม่ใช้	18 (43.9)	77 (36.2)	51 (38.9)		
การใช้เพื่อสืบค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ต				7.59	0.023*
ใช้	17 (41.5)	46 (21.6)	37 (28.2)		
ไม่ใช้	24 (58.5)	46 (21.6)	94 (71.8)		
การใช้เพื่อสั่งสินค้าออนไลน์				0.80	0.680
ใช้	2 (4.9)	19 (8.9)	10 (7.6)		
ไม่ใช้	39 (95.1)	194 (91.1)	121 (92.4)		

*p-value<0.05

จากตารางที่ 3 เป็นผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า

การใช้เพื่อสืบค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ต การใช้แอปพลิเคชันกู้เก็ลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ
(n = 385)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-0.77	0.133
รายได้	-0.09	0.077
ความรู้การใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ	0.12	0.013*
ทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ	0.06	0.193

*p-value<0.05

จากตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ รายได้ ความรู้และทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า ความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .12, p\text{-value} = 0.013$)

อภิปราย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ ระดับต่ำ จำนวน 171 คน (ร้อยละ 44.4) โดยกลุ่มตัวอย่าง 307 คน (ร้อยละ 79.7) มีความรู้สามารถใช้สมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการค้นหาความรู้เรื่องสุขภาพได้ และกลุ่มตัวอย่าง 223 คน (ร้อยละ 57.9) ยังขาดความรู้เรื่องความสามารถของแอปพลิเคชันในสมาร์ทโฟนที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การใช้เพื่อตั้งเวลาเตือนการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ ระดับปานกลาง จำนวน 169 คน (ร้อยละ 43.9) โดยมีทัศนคติการใช้แอปพลิเคชันฯ มากที่สุดใน

เรื่องการใช้สมาร์ทโฟนเพื่อคลายเหงา (Mean = 2.56, S.D = 0.667) สอดคล้องกับการศึกษาของอัญมณี ภักดี มวลชน และคมสัน รัตนะสิมากุล⁽¹³⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุใช้ประโยชน์ในการเล่นแอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อการผ่อนคลายและความสนุกสนานมากที่สุดโดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันเฟซบุ๊ก กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคุ้นเคยทางด้านเทคโนโลยีมีการใช้เฟซบุ๊กในรูปแบบที่หลากหลายมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคุ้นเคยทางเทคโนโลยีที่น้อยกว่า ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้ตกแต่งภาพโปรไฟล์ตนเองได้แสดงความคิดเห็นและแชร์ภาพถ่ายนั้นก่อให้เกิดความสนุกสนานซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะที่ดี⁽¹⁴⁾ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 โดยมีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันฯ มากที่สุดในเรื่องการไม่ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือสุขภาพโดยไม่ได้ตรวจสอบความเชื่อถือ (Mean = 2.15, S.D = 0.68) สอดคล้องกับการศึกษาของชัชชญา เรืองยศและแอนนา จุมพลเสถียร⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการส่งข้อมูลและข่าวสารให้แก่เพื่อน คนในครอบครัวบ่อยครั้ง และไม่เชื่อถือข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาโดยทันที โดยมีการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อสังคมออนไลน์จากแหล่งที่มาหรือช่องทางอื่น ๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ถึงความน่าเชื่อถือของข่าวสารนั้น ๆ

2. ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติโคสแควร์พบว่า ตัวแปรสถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัยการใช้เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่เพื่อสืบค้นข้อมูลในอินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่กับลูกหลานนั้นมีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของदनัย วาณิชยานุเคราะห์ ศิริวรรณ อนันต์โท และสันทัด ทองรินทร์⁽⁶⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียนรู้การใช้เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่และการเข้าถึงข้อมูลในอินเทอร์เน็ตจากลูกหลานหรือคนใกล้ชิด จะก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีในการยอมรับการใช้อินเทอร์เน็ต ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่เพื่อการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม

3. การใช้แอปพลิเคชันกูเกิ้ล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกูเกิ้ลเป็นเว็บไซต์ที่ให้บริการค้นหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต ดังนั้น กูเกิ้ลจึงเป็นเว็บไซต์ที่ผู้ที่ต้องการค้นหาข้อมูลดำเนินการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง โดยการใส่คำสำคัญหรือข้อความที่ต้องการทราบข้อมูลลงในช่องการค้นหา สามารถเข้าถึงได้ทั้งการใช้บราวเซอร์และการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งแตกต่างจากแอปพลิเคชันอื่น ๆ ได้แก่ เฟสบุ๊ค หรือไลน์ ที่บุคคล องค์กรหรือหน่วยงานเป็นผู้นำเสนอข้อมูลเป็นที่อัปเดตอย่างต่อเนื่องบนหน้าหลักของผู้ใช้ ผู้ที่ใช้กูเกิ้ลจึงเป็นผู้ที่ต้องการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพ ตามที่ Samuel L.⁽¹⁶⁾ ได้ระบุไว้ว่า บุคคลจะเปิดรับข่าวสารเพื่อทราบถึงข้อมูลที่ตนเองอยากรู้หรือกำลังให้ความสนใจอยู่

และหากข้อมูลข่าวสารนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตนเองก็จะให้ความสนใจเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุมักจะสนใจโรคอาการ ปัญหาทางสุขภาพที่กำลังประสบปัญหาอยู่ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson Correlation Coefficient ซึ่งพบว่าความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมากต่อพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันได้มีการพัฒนาอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่เพื่อเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญ รวมถึงการใช้ในการอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำธุรกรรมทางการเงิน การขนส่ง การศึกษา และสุขภาพ ซึ่งพบว่า การใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเหล่านี้มีผลเชิงบวกต่อระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽¹⁷⁾ และเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ บนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่จะทำให้สามารถใช้ประโยชน์เครื่องมือเหล่านี้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อเพิ่มเติมความรู้หรือส่งต่อข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่าการใช้แอปพลิเคชันกูเกิ้ลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมในการพัฒนาทักษะการสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ในอินเทอร์เน็ตแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การค้นหาข้อมูลโดยกำหนดคำสำคัญให้ตรงกับความต้องการ การค้นหารูปภาพและวิดีโอ ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล และความปลอดภัยในการใช้กูเกิ้ลในการค้นหาข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ค้นพบข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

2. สำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป ควรศึกษากการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อพส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในมิติด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ การส่งข้อความหรือรูปภาพเพื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดี การบันทึกการรับประทานยา นัดหมายแพทย์ ตลอดจนการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้สูงอายุโดยดูผ่านใช้แอปพลิเคชันที่เชื่อมต่อกับกล้องเว็บแคมภายในบ้าน เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเป็นรูปแบบการใช้แอปพลิเคชันบนเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้นำชุมชนในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในการติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกให้แก่ักวิจัยจนสามารถเก็บข้อมูลได้ตามกำหนด และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้และได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Department of older persons. Statistics of Thai elderly and register in their house registration book, January 2022. [internet]. 2022 [cited 2022 Mar 6]; Available from : <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>. (in Thai)
2. Foundation of Thai gerontology research and development institute. Situation of population aging in Thailand, exploring the opportunities and challenges. [internet]. 2022 [cited 2022 Feb 10]; Available from <https://thaitgri.org/?p=40044>. (in Thai)
3. National Statistical Office. Active ageing index of Thai elderly. Bangkok : Text and journal publication company limited; 2017. (in Thai)
4. Bangkokbiznew. "Elder" new era of internet addiction. [internet]. 2019 [cited 2022 Nov 12]; Available from : <https://www.bangkokbiznews.com/business/854410>. (in Thai)
5. Chaladkid D, Jeerapattanatorn P. Factors Affecting Levels of Digital Literacy on Smartphone Devices of the Elderly in Bang Khae District, Bangkok. Journal of MCU Haripunchai Review 2020;4 (1) :91-101. (in Thai)
6. Vanichyanukod D, Anatho S, Thongrin S. The process of internet acceptance for developing the quality of life of senior citizens. Dhonburi Rajabhat University Journal 2017;11 (2) :60-73. (in Thai)
7. Atella V, Belotti F, Kim D, Goldman D, Gracner T, Piano MA, et al. The future of the elderly population health status : filling a knowledge gap. Health Economics Journal 2021;30 Suppl 1 :11-29.

8. Guo Z, Zhu B. Does Mobile Internet Use Affect the Loneliness of Older Chinese Adults? An Instrumental Variable Quantile Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19 (9) :55-75.
9. Pathumthani Provincial Office. Summary of the Pathum Thani provinces. [internet]. 2021 [cited 2022 Mar 4]; Available from : pathumthani_news/attach_file/pathum_summary.pdf. (in Thai)
10. Srinoon S, Numkham L, Hongbai W, Kummabut J, Hoolphoklang S, Winaiprasert P, et al. Health Status and the Health Needs of the People : a Case Study of a Community in Klong Luang District Municipality, Pathumthani Province. *Journal of Public Health* 2017;47 (1) :55-66. (in Thai)
11. Schwartz NE. Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates. *Journal of the American Dietetic Association* 1975;66 (1) :28-31.
12. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF, Baldwin TS. Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw Hill; 1971.
13. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. Prentice Hall Inc : New Jersey;1977.
14. Pakdeemualchon A, Rattanasimakul K. Utilization Pattern and Facebook Media Literacy in Elders. *Journal of Management Science Chiangrai Rajabhat University* 2022;7 (2) :1-29. (in Thai)
15. Sespiani KA, Ernungtyas NF. Connecting Elderly and Digital Devices : a Literature Review of User Interface Studies for Indonesian Elders. *The Journal of Society and Media* 2022;6 (1) : 139-56.
16. Rueangyot C , Choompolsathien A. Social media literacy among the elderly. *Media and Communication Inquiry* 2022;4 (1) :144-69. (in Thai)
17. Samuel LB. *Discovering Mass Communication*. Illinois. Scott Foresman and Company : Glenview;1972.
18. Liang X, Xiong F, Xie F. The effect of smartphones on the self-rated health levels of the elderly. *BMC Public Health*; 2022;22 :508.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4

Factors associated with the competency of prevention and control coronavirus disease 2019 among public health personnel in a Singburi Province in health region 4

สุमितตรา ทรัพย์เขียน

Sumittra Subkhian

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

Narongsak Noosorn

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Public Health, Naresuan University

Received : January 9, 2023 Revised : January 27, 2023 Accepted : February 1, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของสมรรถนะ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรคโควิด - 19 จำนวน 311 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมา และดัดแปลงจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา มี 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) แรงจูงใจปฏิบัติงาน 4) สมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคโควิด - 19 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะฯ ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรคโควิด - 19 ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะสูง ร้อยละ 54.02 ในส่วนของปัจจัยความสัมพันธ์กับสมรรถนะฯ พบว่า การศึกษา (p-value = 0.017, OR = 3.39) ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (p-value = 0.022, OR = 8.32) การได้ยอมรับนับถือทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน (p-value = 0.002, OR = 4.90) ความรับผิดชอบหน้าที่ในงาน (p-value = 0.002, OR = 6.10) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (p-value = 0.009, OR = 7.86) นโยบายและการบริหารงานในหน่วยงาน (p-value = < 0.001, OR = 4.22) การมีชีวิต และความเป็นอยู่ส่วนตัว (p-value = 0.003, OR = 4.86) มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะฯ ดังนั้นสามารถนำปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขให้สามารถป้องกันควบคุมโรคได้ นำไปพัฒนากำลังคนให้สามารถป้องกันโรคให้เกิดความสำเร็จ และยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : สมรรถนะ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การป้องกันควบคุมโรค, บุคลากรสาธารณสุข

Abstract

This cross sectional analysis design aimed to study level of competency and factors associated with the competency of prevention and control coronavirus disease 2019. Samples were 311 public health personnel who work COVID-19. The research tools were created and applied which composed of 4 parts : 1) personal data 2) self-efficacy, 3) work motivation, and 4) competency of prevention and control COVID-19. Descriptive statistic was used for personal data and logistic regression was used for factors influencing competency of prevention and control. The results revealed that 54.02 percent of public health personnel had a high level of competency. Factors that influenced competency were as followed : education (p-value = 0.017, OR = 3.39), expected in self-efficacy (p-value = 0.022, OR = 8.32), acceptance from internal and external department (p-value = 0.002, OR = 4.90), responsible to duty (p-value = 0.002, OR = 6.10), type of job (p-value = 0.009, OR = 7.86), policy and administrative in department (p-value = < 0.001, OR = 4.22), and life and privacy (p-value = 0.003, OR = 4.86). Therefore, factors that effected problems and influenced public health personnel to control diseases should be developed for successful and sustainable of disease control.

Keywords : Competency, Coronavirus disease 2019, Prevention and control, Public health personnel

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 : COVID-19) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของระดับโลก โดยเริ่มการระบาดปลายปี พ.ศ. 2562 และเมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World health organization : WHO) ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างประเทศ⁽¹⁾ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายโรคเป็นวงกว้าง เนื่องจากโครงสร้างของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไวรัสอาร์เอ็นเอชนิดสายเดี่ยว (Positive single stranded RNA virus) ที่ก่อโรคระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีโฮสต์ที่หลากหลายสามารถติดเชื้อได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อข้ามสปีชีส์ (Cross-species transmission) และทำให้เกิดการระบาดทั่วโลก⁽²⁾

จากสถานการณ์การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ระบาดในหลายประเทศและรุนแรงเพิ่มขึ้น ข้อมูลวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565 มี

รายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก รวม 221 ประเทศ ทั้งหมด 651,918,402 ราย เสียชีวิต 6,656,601 ราย อัตราตายร้อยละ 1.02 สำหรับประเทศไทยอยู่ในอันดับ 30 ของโลก พบผู้ป่วยทั้งหมด 4,718,908 ราย เสียชีวิต 33,505 ราย อัตราตาย ร้อยละ 0.71⁽³⁾ ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 4 มีผู้ป่วยทั้งหมด 459,832 ราย ผู้เสียชีวิต 3,822 ราย อัตราตาย ร้อยละ 0.83 ส่วนใหญ่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานที่แออัด หรือชุมชน เช่น โรงงาน ตลาด และโรงเรียน ในการระบาดระลอก 4 (เดือนมกราคม 2565) มีแนวโน้มพบผู้ป่วยสูงมากยิ่งขึ้น ซึ่งข้อมูลวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2565 การตรวจสายพันธุ์การระบาดพบว่าเป็นสายพันธุ์ Omicron ร้อยละ 63.88 รองลงมาสายพันธุ์ Delta ร้อยละ 36.12 ในส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ข้อมูลวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยทั้งหมด 12,107 ราย เสียชีวิต 154 ราย อัตราตาย ร้อยละ 1.27⁽⁴⁾

ตั้งแต่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกแรกจนถึงปัจจุบัน เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งมีบทบาทหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ เพื่อประเมินความเสี่ยงและชี้ปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้บริหาร ซึ่งการทำกิจกรรมดังกล่าวล้วนต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นทีม และการประสานงาน เพื่อให้เกิดการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรสาธารณสุข ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจปฏิบัติงาน ตัวแปรปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในความสามารถตนเอง อีกทั้งเป็นตัวแปรบริบทประสบการณ์ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี และเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญต้องปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการทบทวนปัญหาการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ค่อนข้างมีปริมาณงานที่สูงมากขึ้นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค ประกอบกับกำลังบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอในการทำงาน อีกทั้งปฏิบัติงานทั้งในช่วงเวลาราชการและวันหยุดราชการ จึงทำให้ขาดแรงจูงใจปฏิบัติงานและขวัญกำลังใจ เป็นสาเหตุที่สำคัญบ่งบอกถึงการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร

สาธารณสุข ในจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อนำปัจจัยดังกล่าวที่ศึกษาแสดงให้เห็นถึงปัญหา และสมรรถนะที่ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนากำลังคนให้สามารถป้องกันโรคให้เกิดความสำเร็จ และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเป็นวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional research) ระยะเวลาทำการวิจัยในช่วงเดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขจำนวน 1,041 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ และเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทดสอบสมมติฐานค่าสัดส่วนของประชากรที่แน่นอน⁽⁵⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 280 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนตอบแบบสอบถาม หรือข้อมูลสูญหาย (Missing data) ใช้สูตรปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 311 คน

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 pq}{Nd^2 + Z^2 \alpha/2 pq}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากรของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 1,041 ราย

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ระดับนัยสำคัญที่กำหนด $\alpha = 0.05$ เมื่อ $\alpha/2 = 1.96$

p = ค่าสัดส่วนของประชากร (ถ้าไม่ทราบสัดส่วนของประชากร กำหนดให้เท่ากับ 0.5)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.05

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นตอนแรกใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จำแนกรายอำเภอในจังหวัดสิงห์บุรีทั้งหมด 6 อำเภอ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพจึงได้กลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอ และใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่ม จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา โดยศึกษาจากเอกสาร บทความวิชาการ ทบทวนแนวคิดทฤษฎี และดัดแปลงจากแบบสอบถามจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา⁽⁷⁻⁹⁾ และให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item – object congruence : IOC) ซึ่งค่าความตรงตามเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์มีคุณภาพดีต้องไม่น้อยกว่า 0.50⁽⁶⁾ ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์สูงสุด คือ 1 และต่ำสุด คือ -0.33 โดยหลังปรับปรุงแก้ไขได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ จึงนำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะและสภาพพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อหาความ

เที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ใช้วิธีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามฉบับนี้หาความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.96 โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง และแบบเลือกตอบ (Checklist) เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการอบรมทางด้านระบาดวิทยา จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนนเป็นรายด้าน จำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

5 – 11.67 คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
11.68 – 18.35 คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
≥ 18.36 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแรงจูงใจปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความก้าวหน้า และเจริญเติบโต ในวิชาชีพ การได้ยอมรับนับถือทั้งในหน่วยงานและนอก หน่วยงาน ความรับผิดชอบหน้าที่ในงาน ลักษณะงานที่ ปฏิบัติ ข้อคำถามละ 5 ข้อ และปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ นโยบาย และการบริหารงานในหน่วยงาน การมีสัมพันธ์ภาพ ระหว่างวิชาชีพ ค่าตอบแทนและขวัญกำลังใจ และการ มีชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ข้อคำถามละ 5 ข้อ ลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด จำนวน 40 ข้อ การแปลผลคะแนนเป็นรายด้าน จำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

5 - 11.67 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ
11.68 - 18.35 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง
≥ 18.36 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 สมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ความรู้วิชาการในการปฏิบัติงานควบคุมโรค ทักษะความถนัดเชี่ยวชาญ การมีภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการประสานงาน ระหว่างเครือข่ายทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน ข้อคำถามละ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ มาก ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนรวม จำแนกเป็น 2 ระดับ แล้วนำมา ประยุกต์ใช้แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

20 - 64 คะแนน หมายถึง ระดับสมรรถนะต่ำ
≥ 65 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับสมรรถนะสูง

การแปลผลคะแนนเป็นรายด้าน จำแนกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

4 - 12 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ
≥ 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

วิธีการเก็บข้อมูลซึ่งผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาต ลงพื้นที่เก็บข้อมูล เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สิงห์บุรี และลงพื้นที่ทั้ง 6 อำเภอ เพื่อให้มีการรับทราบ

การเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี พร้อมกับการ แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขอ ความอนุเคราะห์กลุ่มตัวอย่างให้ตอบแบบสอบถามด้วย ตนเองให้ตรงกับความเป็นจริงแล้วส่งคืนให้กับผู้วิจัย รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง และความ สมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป สถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard deviation) ค่าน้อยสุด (Minimum) และค่ามากที่สุด (Maximum)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ บุคลากรสาธารณสุข ใช้สถิติเชิงอนุมาน การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมในคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 304/2022 IRB No. P2-0245/2565 รับรองเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2565

ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 311 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 234 คน ร้อยละ 75.24 เพศชาย จำนวน 77 คน ร้อยละ 24.76 มีอายุในช่วง 41 - 45 ปี จำนวน 98 คน ร้อยละ 31.51 (\bar{X} = 42, SD. = 10.75, Min = 23, Max = 60) การศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 253 คน ร้อยละ 81.35 ตำแหน่งงานสูงสุดเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 100 คน ร้อยละ 31.15 มีสถานภาพสมรส จำนวน 172 คน ร้อยละ 55.31 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 40,001- 50,000 บาท จำนวน 72 คน ร้อยละ 23.15 (\bar{X} = 37,788.62, SD. = 15,945.45, Min = 7,000,

Max = 81,740) ส่วนมากระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในระหว่าง 21 - 30 ปี จำนวน 98 คน ร้อยละ 31.51 (\bar{X} = 19.09, SD. = 12.11, Min = 1, Max = 40) และไม่เคยอบรมทางด้านระบาดวิทยา จำนวน 222 คน ร้อยละ 71.38

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.24 และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.03

ความก้าวหน้าและเจริญเติบโตในวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.81 การได้ยอมรับนับถือ ทั้งใน

หน่วยงานและนอกหน่วยงาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.31 ความรับผิดชอบหน้าที่ในงาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.74 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.28 นโยบายและการบริหารงานในหน่วยงาน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.20 การมีสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.67 ค่าตอบแทน และขวัญกำลังใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.13 และการมีชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.77

สมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.02 ดังตารางที่ 1 - 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และแรงจูงใจปฏิบัติงาน ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4 (n = 311)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ที่มีระดับ			\bar{X} (SD.)	Min - Max	คะแนนเต็ม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	262 (84.25)	48 (15.43)	1 (0.32)	20.36 (2.22)	11 - 25	25
ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	280 (90.03)	31 (9.97)	0 (0)	21.17 (2.29)	13 - 25	25
ความก้าวหน้าและเจริญเติบโตในวิชาชีพ	186 (59.81)	122 (39.23)	3 (0.96)	19.08 (3.07)	9 - 25	25
การได้ยอมรับนับถือ ทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน	228 (73.31)	81 (26.05)	2 (0.64)	19.77 (3.03)	10 - 25	25
ความรับผิดชอบหน้าที่ในงาน	248 (79.74)	61 (19.61)	2 (0.64)	20.32 (2.74)	11 - 25	25
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	259 (83.28)	52 (16.72)	0 (0)	20.49 (2.67)	13 - 25	25

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ที่มีระดับ			\bar{X} (SD.)	Min - Max	คะแนนเต็ม
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
นโยบายและการบริหารงานในหน่วยงาน	181 (58.20)	126 (40.51)	4 (1.29)	19.09 (2.95)	7 - 25	25
การมีสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ	254 (81.67)	57 (18.33)	0 (0)	20.51 (2.89)	13 - 25	25
ค่าตอบแทนและขวัญกำลังใจ	64 (20.58)	187 (60.13)	60 (19.29)	15.06 (4.41)	5 - 25	25
การมีชีวิตและความเป็นอยู่ส่วนตัว	61 (19.61)	189 (60.78)	61 (19.61)	15.21 (3.98)	5 - 25	25

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4 (n = 311)

สมรรถนะ	จำนวน (ร้อยละ) ที่มีระดับ		\bar{X} (SD.)	Min - Max	คะแนนเต็ม
	สูง	ต่ำ			
ความรู้วิชาการในการปฏิบัติงานควบคุมโรค	214 (68.81)	97 (31.19)	13.81 (2.35)	6 - 20	20
ทักษะความถนัดเชี่ยวชาญ	230 (73.95)	81 (26.05)	14.32 (2.72)	4 - 20	20
การมีภาวะผู้นำ	258 (82.96)	53 (17.04)	15.10 (2.26)	9 - 20	20
การทำงานเป็นทีม	282 (90.68)	29 (9.32)	16.29 (2.30)	8 - 20	20
การประสานงานระหว่างเครือข่ายฯ	252 (81.03)	59 (18.97)	15.02 (2.65)	7 - 20	20
สมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	168 (54.02)	143 (45.98)	74.52 (10.23)	40 - 100	100

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 311 คน ศึกษาด้วยวิธีการ Simple logistic regression คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.25 เพื่อเข้าสู่การวิเคราะห์ Multiple logistic regression ซึ่งใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบ Enter method พบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรต่าง ๆ ในสมการ มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 4 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.05) ได้ดังนี้ การศึกษา ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การได้ยอมรับนับถือทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน ความรับผิดชอบหน้าที่ในงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ นโยบายและการบริหารงานในหน่วยงาน และการมีชีวิต และความเป็นอยู่ส่วนตัว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดสิงห์บุรี เขตสุขภาพที่ 4 (n = 311)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) ที่มีระดับสมรรถนะ		OR crude (95% CI)	P-value	OR adjusted (95% CI)	P-value
	สูง (n = 168)	ต่ำ (n = 143)				
เพศ						
ชาย	50 (29.76)	27 (18.88)	1.82 (1.07 - 3.10)	0.028	0.92 (0.41 - 2.05)	0.832
หญิง	118 (70.24)	116 (81.12)		Reference		
อายุ						
40 - 60 ปี	64 (38.10)	56 (39.16)	0.96 (0.61 - 1.51)	0.847		
21 - 39 ปี	104 (61.90)	87 (60.84)		Reference		
ระดับการศึกษา						
ปริญญาโท/เอก	30 (17.86)	16 (11.19)	1.73 (0.90 - 3.32)	0.101	3.39 (1.24 - 9.24)	0.017
อนุปริญญา/ตรี	138 (82.14)	127 (88.81)		Reference		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) ที่มีระดับสมรรถนะ		OR crude (95% CI)	P-value	OR adjusted (95% CI)	P-value
	สูง (n = 168)	ต่ำ (n = 143)				
สถานภาพสมรส						
สมรส/หม้าย/หย่า	106 (63.10)	88 (61.54)	1.07 (0.67 - 1.70)	0.778		
โสด	62 (36.90)	55 (38.46)				
ตำแหน่งงาน						
พยาบาล	59 (35.12)	41 (28.67)	1.87 (1.10 - 3.20)	0.010	0.99 (0.43 - 2.29)	0.947
นักวิชาการ	56 (33.33)	33 (23.08)	2.21 (1.26 - 3.87)	0.022	1.13 (0.49 - 2.64)	0.981
ตำแหน่งงานอื่น ๆ	53 (31.55)	69 (48.25)		0.005	Reference	0.770
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
≥ 40,000 บาท	94 (55.95)	70 (48.95)	1.33 (0.85 - 2.07)	0.218	0.84 (0.41 - 1.73)	0.633
≤ 40,000 บาท	74 (44.05)	73 (51.05)		Reference		
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน						
มากกว่า 10 ปี	120 (71.43)	101 (70.63)	0.96 (0.59 - 1.57)	0.877		
ต่ำกว่า 10 ปี	48 (28.57)	42 (29.37)		Reference		
การอบรมทางด้านระดับปริญญา						
เคยอบรม	63 (37.50)	26 (18.18)	2.70 (1.59 - 4.58)	< 0.001	1.62 (0.67 - 3.43)	0.207
ไม่เคยอบรม	105 (62.50)	117 (81.82)		Reference		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR crude (95% CI)	P-value	OR adjusted (95% CI)	P-value
	ที่มีระดับสมรรถนะ สูง (n = 168)	ต่ำ (n = 143)				
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
ระดับสูง	159 (94.64)	103 (72.03)	6.86 (3.19 - 14.74)	< 0.001	1.70 (0.55 - 5.22)	0.353
ระดับต่ำ	9 (5.36)	40 (27.97)		Reference		
ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019						
ระดับสูง	166 (98.81)	114 (79.72)	21.11 (4.94 - 90.25)	< 0.001	8.32 (1.35 - 51.19)	0.022
ระดับต่ำ	2 (1.19)	29 (20.28)		Reference		
ความก้าวหน้า และเจริญเติบโตในวิชาชีพ						
ระดับสูง	123 (73.21)	63 (44.06)	3.47 (2.16 - 5.58)	< 0.001	0.67 (0.32 - 1.39)	0.278
ระดับต่ำ	45 (26.79)	80 (55.94)		Reference		
การได้ยอมรับนับถือทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน						
ระดับสูง	15 (93.45)	71 (60.14)	14.47 (7.23 - 28.96)	< 0.001	4.90 (1.81 - 13.19)	0.002
ระดับต่ำ	11 (6.55)	72 (39.86)		Reference		
ความรับผิดชอบหน้าที่ในงาน						
ระดับสูง	162 (96.43)	86 (60.14)	17.89 (7.42 - 43.18)	< 0.001	6.10 (1.94 - 19.24)	0.002
ระดับต่ำ	6 (3.57)	57 (39.86)		Reference		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) ที่มีระดับสมรรถนะ		OR crude (95% CI)	P-value	OR adjusted (95% CI)	P-value
	สูง (n = 168)	ต่ำ (n = 143)				
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ						
ระดับสูง	165 (98.21)	94 (65.73)	28.67 (8.69 - 94.52)	< 0.001	7.86 (1.67 - 37.05)	0.009
ระดับต่ำ	3 (1.79)	49 (34.27)		Reference		
นโยบายและการบริหารงานในหน่วยงาน						
ระดับสูง	133 (79.17)	48 (33.57)	7.52 (4.52 - 12.51)	< 0.001	4.22 (2.11 - 8.43)	< 0.001
ระดับต่ำ	35 (20.83)	95 (66.43)		Reference		
การมีสัมพันธภาพระหว่างวิชาชีพ						
ระดับสูง	159 (96.64)	95 (66.43)	8.93 (4.19 - 19.01)	< 0.001	1.11 (0.37 - 3.34)	0.850
ระดับต่ำ	9 (5.36)	48 (33.57)		Reference		
ค่าตอบแทน และขวัญกำลังใจ						
ระดับสูง	50 (29.76)	14 (9.79)	3.9 (2.05 - 7.43)	< 0.001	1.75 (0.70 - 4.39)	0.236
ระดับต่ำ	118 (70.24)	129 (90.21)		Reference		
การมีชีวิต และความเป็นอยู่ส่วนตัว						
ระดับสูง	54 (32.14)	7 (4.90)	9.20 (4.03 - 21.02)	< 0.001	4.86 (1.71 - 18.80)	0.003
ระดับต่ำ	114 (67.86)	136 (95.10)		Reference		

*เลือกปัจจัยที่วิเคราะห์ด้วย Simple logistic regression มีค่า P- value < 0.25 เข้าสู่การวิเคราะห์ Multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปราย

ระดับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะ อยู่ในระดับสูง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะ⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวไว้ว่า ความถนัด หรือความเชี่ยวชาญทางวิชาการ ความรู้ และความมุ่งมั่นที่นำไปสู่ความสำเร็จ และไม่ใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จของผลงาน แต่สมรรถนะของบุคคลเป็นสิ่งที่สามารถคาดการณ์ความสำเร็จในงานได้ดีกว่า ยังสอดคล้องกับศิริชัย รุ่งทิพย์⁽¹¹⁾ พบว่าสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ที่ต้องมีความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญ ความรับผิดชอบและคุณธรรมจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน ยังสอดคล้องกับคันสนีย์ วงศ์ม่วย และวิทัศน์ จันทโรโพธิ์ศรี⁽⁸⁾ พบว่าสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขที่กำหนดขึ้นเพื่อให้มีค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกันในการปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า การศึกษาระดับปริญญาโท/ปริญญาเอก มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขเป็น 3.39 เท่าของการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี กล่าวคือ การศึกษาเป็นผลต่อในการพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญ ความรู้ ทักษะคิดที่สามารถให้ปฏิบัติงานประสบความสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิพัฒน์ พุทธิโร⁽¹²⁾ พบว่าการศึกษามีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัย

ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี โดยที่ความคาดหวังในความสามารถตนเองระดับสูง มีสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขเป็น 8.32 เท่าของระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁽¹³⁾ เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัติ นำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้

การได้ยอมรับนับถือทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี โดยที่การได้ยอมรับนับถือระดับสูง มีสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขเป็น 4.90 เท่าของระดับต่ำ กล่าวคือหากได้การยอมรับนับถือยกย่องชมเชย ก่อให้เกิดความมั่นใจเป็นแรงจูงใจให้สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุคนทิพย์ รุ่งเรือง และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าด้านการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ความรับผิดชอบหน้าที่ในงาน มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี โดยที่ความรับผิดชอบหน้าที่ในงานระดับสูง มีสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข เป็น 6.10 เท่าของระดับต่ำ กล่าวคือบุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบ รับผิดชอบต่อหน้าที่ในงาน มีความตั้งใจ ความพยายาม และมีอิสระทางความคิด รวมถึงการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน

เช่น การจัดลำดับความสำคัญของงาน การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดีรวมถึงสามารถยอมรับผล การปฏิบัติงานของตนเองได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบเพื่อ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของศิริบุญรุ่งหิรัญ⁽¹¹⁾, สันติ ธรณี และประจักษ์ บัวผัน⁽⁷⁾ สุคนทิพย์ รุ่งเรือง และคณะ⁽¹⁴⁾ และสิทธิชนะ วชิระสิริกุล และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าการมีความรับผิดชอบงานสามารถ ทำให้ตั้งใจปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเต็มที่ และมีส่วนร่วมทำให้งานเกิดความสำเร็จ

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับ สมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี โดยที่ลักษณะงานที่ปฏิบัติระดับสูง มีสมรรถนะในการ ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ บุคลากรสาธารณสุขเป็น 7.86 เท่าของระดับต่ำ กล่าวคือ ลักษณะงานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ ทำทนายความสามารถ และตรงความสามารถในวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของคันสนีย์ วงศ์ม่วย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี⁽⁶⁾ ศุภชัย หมั่นมา และประจักษ์ บัวผัน⁽⁹⁾ พบว่าลักษณะ ของงานที่ตรงกับทักษะ ความสามารถของตนเอง ทำให้ สามารถใช้ความคิดได้อย่างเต็มที่ และเป็นงานที่น่า สนใจมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของ บุคลากรสาธารณสุข

นโยบายและการบริหารงานในหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัด สิงห์บุรี โดยที่นโยบายและการบริหารงานในหน่วยงาน ระดับสูง มีสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขเป็น 4.22 เท่าของระดับต่ำ กล่าวคือ หากหน่วยงานมีการจัดการ บริหารงาน ร่วมกำหนดทิศทางวางแผนงานที่ชัดเจน วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณที่เพียงพอ จึงทำให้สามารถ

ปฏิบัติงานได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสันติ ธรณี และประจักษ์ บัวผัน⁽⁷⁾ พบว่านโยบายและการบริหาร งานในหน่วยงานเป็นกระบวนการที่สำคัญต่อการบริหาร จัดการทรัพยากรการบริหาร เพื่ออำนวยความสะดวกสบาย ที่เพียงพอในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย

การมีชีวิต และความเป็นอยู่ส่วนตัว มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัด สิงห์บุรี โดยที่การมีชีวิต และความเป็นอยู่ส่วนตัวระดับสูง มีสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขเป็น 4.86 เท่า ของระดับต่ำ กล่าวคือ หากได้รับแรงสนับสนุนจาก ผู้บังคับบัญชาที่ให้ความเป็นอยู่ส่วนตัวที่สมดุลไม่กระทบ ในเวลาปฏิบัติงานในวันหยุดหรือนอกเวลาราชการ รวมถึงได้กำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน และความเข้าใจจาก ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์วงศ์ม่วย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี⁽⁶⁾ พบว่าความเป็นอยู่ส่วนตัวมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำผลการศึกษาวิจัยนำไป กำหนดนโยบาย โดยเสริมแรงจูงใจ แรงผลักดันด้านบวก นำไปสู่การกระตุ้นศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อ เป็นการพัฒนา กระบวนการรูปแบบการทำงานที่ยืดหยุ่น ให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติงานในระดับสาธารณสุขของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาวิจัยนำไป เป็นแนวทางแรงผลักดัน แรงกระตุ้น และเสริมแรงจูงใจ นำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติ

ซ้ำในขนาดที่ได้

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุข ที่ไม่ได้ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เช่น หลักการบริหารทั่วไปโดยเน้นการประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ เป็นต้น

3.2. ควรมีการศึกษาออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น สัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปสู่การตอบคำถามวิจัย และสอดคล้องกับบริบทการทำงานในพื้นที่ได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นางสาวณิชาภา ตรีชัยศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ และ ดร.สุดาวดี ยะสะกะ ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน และบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมศึกษาวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Karnjanapiboonwong A. The effects of Covid -19 outbreak with control measures to non-commun- icable disease risk behavior among Thai people during April 2020. Disease Control Journal [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 24]; 46 (4) :551-4. Available from : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/243900/167119> (in Thai)
- Department of disease control. Corona virus disease 2019 (Covid -19) [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 24]. Available from : https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf (in Thai)
- World health organization. Covid -19 Weekly epidemiological update [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 30]. Available from : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> (in Thai)
- Department of disease control. Situation of patients with coronavirus disease 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 30]. Available from : <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main> (in Thai)
- Pikunthong T. Factors influencing prevention behaviors of hypertension among people risk in Khlong Khlung District Kamphaeng Phet Province. Naresuan University; 2021. 154 p. (in Thai)
- Kitteerawutwong N. Public health research : from principle to practice. 2nded. Phitsanulok : Naresuan University; 2018.
- Toranee S., Bouphan P. Surveillance and rapid response performance of health personnel at Sub-district health promoting hospitals in Roi Et Province. KKU Journal for Public Health Research [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 30]; 2 (1) :89-104. Available from : <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/23082/19718> (in Thai)

8. Wongmuay S., Chanposri W. The motivation factors affecting functional competency of public health officers at Tambon health promoting hospital in Phetchabun Province. *KKU Res J (GS)* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jun 6]; 6 (3) :46-54. Available from : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/117977/90529> (in Thai)
9. Muenma S., Bouphan P. Health promotion and disease prevention performance of personnel in Sub-district health promoting hospitals, Khon Kaen Province. *KKU Journal for Public Health Research* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 6]; 14 (2) :71-84. Available from : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/117977/90529> (in Thai)
10. Rukjanyaban L. Development of work performance among general administrative staff working for Burapha University. *Burapha University*; 2014. 96 p. (in Thai)
11. Runghiran S. Factors affecting job competency of professional nurses in community hospital, Pathumthani Province. *EAU Heritage Journal* [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 18]; 6 (1) :109-120. Available from : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/25786/21899> (in Thai)
12. Buddharo P. Competency in DHF control of Muang Krabi surveillance and rapid response team (SRRT) : a case study of Muang Krabi. *Krabi Medical Journal* [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 18]; 2 (2) :29-40. Available from : <https://thaidj.org/index.php/kmj/article/view/8233> (in Thai)
13. Sirited P., Thammaseeha N. Self-efficacy Theory and Self-healthcare behavior of the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 18]; 20 (2) :58-65. Available from : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/185482/145536> (in Thai)
14. Rungruang S., Prutipinyo C., Sirichotiratana N., Usathaporn S. Factors associated with the competency of public health technical officers : A case study of regional service provider 4. *Public Health & Health Laws Journal* [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 30]; 2 (1) :15-29. Available from : https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/2-1/07-Sukonthip%20Rungruang.pdf (in Thai)
15. Wachirasirikhun S., Tanvatanakul V., Maharatchaphong N. Factors Influencing the success rate of operation under the national guideline for tuberculosis control by public health personnel in Tambon health promoting hospital, Chonburi Province. *The Public Health Journal of Burapha University* [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 18]; 9 (2) :76-84. Available from : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/45538/37673> (in Thai)

อุบัติการณ์และความเสี่ยงในการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในผู้ป่วยที่ได้รับ ยาซัลฟาเมทอกซาโซล-ไตรเมโทพริม ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จากเชื้อนิวโมซิสติสจิโรเวซิโอ

Incidence and risk factors of Trimethoprim/Sulfamethoxazole associated hyperkalemia in Pneumocystis jirovecii Pneumonia patients

นัทธี ชิวะพฤกษ์

Nuttee Chewapruek

โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Pathum Thani Hospital, Pathum Thani province

Received : January 9, 2023 Revised : January 27, 2023 Accepted : February 1, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานีจากภาวะปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสจิโรเวซิโอ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสจิโรเวซิโอที่ได้รับยาไตรเมโทพริม/ซัลฟาเมทอกซาโซล ในโรงพยาบาลปทุมธานี จากการศึกษาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 76 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.4 และมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงรุนแรง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 ระดับโพแทสเซียมในเลือดแรกรับเฉลี่ย 3.98 mEq/L ระดับโพแทสเซียมในเลือดหลังได้รับยาไตรเมโทพริม/ซัลฟาเมทอกซาโซลเฉลี่ย 4.36 mEq/L ซึ่งระดับโพแทสเซียมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.38 mEq/L จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดระดับโพแทสเซียมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 ซึ่งมีค่า OR_{adj} 4.912 (95% CI 1.281 – 18.831, $p=0.010$) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงดังกล่าวควรมีการได้รับการตรวจติดตามค่าระดับเกลือแร่ในเลือดเป็นระยะ เพื่อตรวจพบภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ซัลฟาเมทอกซาโซล-ไตรเมโทพริม, โพแทสเซียมสูง, โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสจิโรเวซิโอ

Abstract

This study was descriptive and case-control study with sampling of patients diagnosed with Pneumocystis jirovecii pneumonia (PJP) who received trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP/SMX) treatment. Data were collected between during January 1, 2012 – May 31, 2022. The objective of study was to determine incidence and risk factor of hyperkalemia in PJP patients who received TMP/SMX treatment in Pathumthani Hospital. Statistical analyses were conducted to examine factor association of hyperkalemia by odds ratio (OR), adjusted odds ratio (OR_{Adj}) and confidence interval (95%CI) hypothesis prove with p -value < 0.05. The result of study was found 76 PJP patients which met criteria. The incidence of hyperkalemia in PJP Patients who receiving TMP/

SMX patient is 14 cases (18.4%) and 2 patients (1.6%) had severe hyperkalemia. Risk factor associated with hyperkalemia is low BMI $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ ($p=0.01$) OR_{adj} 4.912 (95% CI 1.281 – 18.831). PJP patients who received TMP/SMX especially malnutrition patients should be monitored of serum potassium for early detection of hyperkalemia.

Keywords : Trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP/SMX), Hyperkalemia, Pneumocystis jirovecii pneumonia (PJP)

บทนำ

โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสจิโรเวซิไอ หรือ Pneumocystis jirovecii pneumonia (PJP) เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหรือยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis jirovecii* อาการสำคัญของโรคคือไข้เรื้อรัง ไอไม่มีเสมหะ หายใจเร็วเหนื่อยหอบ ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตได้ จากแนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565⁽¹⁾ ยาหลักที่แนะนำในการรักษาคือยาซัลฟาเมโทซาล-ไตรเมโทพริม หรือ trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP/SMX) หรือ co-trimoxazole ขนาดยาที่แนะนำคือ TMP 15 - 20 มก./กก./วัน หรือ SMX 75 - 100 มก./กก./วัน ให้เป็นยารับประทานในกรณีมีอาการไม่รุนแรง หากในกรณีที่อาการรุนแรงให้ยาทางหลอดเลือดดำ โดยแบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง นาน 21 วัน และหลังจากทำการรักษาจนครบแล้วจะให้ยาในขนาดที่ลดลงเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสซ้ำ

TMP/SMX เป็นยาในกลุ่ม sulfonamides อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร, ทางผิวหนัง เช่น ผื่น ลมพิษ ผื่นแพ้รุนแรง อาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ที่พบได้น้อยเช่น ตับอักเสบ ระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ ซีด เกร็ดเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลต่ำ ความผิดปกติของระดับ

เกลือแร่ในเลือด เช่น ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ หรือ ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้^(2,3)

TMP/SMX สามารถทำให้เกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงได้โดย trimethoprim (TMP) ลดการขับโพแทสเซียมออกจากไตของท่อไตส่วนปลาย ผ่านการยับยั้ง Apical membrane sodium channels ใน mammalian distal nephron⁽⁴⁾ จากการศึกษา Velázquez H และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าในหนูที่ได้รับ TMP ในขนาด 9.6 มก.ต่อชั่วโมง ต่อน้ำหนักตัวแต่ละกิโลกรัม จะลดการขับโพแทสเซียมและเพิ่มการขับโซเดียมออกจากไตเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 40 และ 46 ตามลำดับ และในคนที่มีการทำงานของไตปกติที่ได้รับ TMP ในขนาด 20 มก.ต่อกก.ต่อวัน มีการเพิ่มของระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 0.6 mmol/L

จากการศึกษาของ Witt JM และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ TMP/SMX ในขนาดยามาตรฐาน (TMP 160 มก.และ SMX 800 มก. ทุก 12 ชั่วโมง) เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน มีระดับโพแทสเซียมในเลือดเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.31 mmol/L เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยา cephadrine หรือ amoxicillin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และจากการศึกษาวิเคราะห์การรวบรวมกรณีศึกษาในปี 1999 ของ Marinella และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ TMP/SMX มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงสุดเฉลี่ย 7 mEq/L ซึ่งเพิ่มขึ้นจากระดับโพแทสเซียมในเลือดก่อนเริ่มรักษาเฉลี่ย 4.55 mEq/L

จากการศึกษาของ CHOI และคณะ⁽⁸⁾ พบว่าผู้ป่วย HIV ที่ได้รับ TMP/SMX ในขนาดสูง (TMP 1.9 กรัม

ต่อวัน/ SMX 9.6 กรัมต่อวัน) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงร้อยละ 20 – 35 และในการศึกษาของ Plantaz MMEA และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ TMP/SMX ทางหลอดเลือดดำในขนาดมากกว่า 1,920 มก.ต่อวันมีการเพิ่มขึ้นของระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 0.55 mmol/L ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ Ceftriaxone อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ขนาดยา Ceftriaxone ในการศึกษาที่มีขนาดตั้งแต่ 2 กรัมต่อวัน) และอุบัติการณ์การเกิดระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงของผู้ป่วยที่ได้รับ TMP/SMX อยู่ที่ 20% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้ยา Ceftriaxone ที่มีเพียง 5% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Al Adawi RM และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงอยู่ที่ 28.6% ในขณะที่การศึกษาของ Mengi T. และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยที่ได้รับ TMP/SMX ในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ที่ 49% โดยมีระดับโพแทสเซียมสูงสุดเฉลี่ย 5.3 mEq/L ซึ่งระดับโพแทสเซียมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.7 mEq/L จากก่อนเริ่มรักษา โดยอุบัติการณ์ของภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงพบได้มากขึ้นในผู้ป่วยที่อายุมากและผู้ป่วยที่มีระดับการทำงานของไตผิดปกติ ผลจากการศึกษาของ Al Adawi RM และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงมากกว่ากลุ่มอายุระหว่าง 18 – 39 ปีถึง 6.5 เท่า และผู้ป่วยที่ได้รับยา TMP/SMX ร่วมกับยาชนิดอื่น เช่น Potassium-sparing diuretics (Spironolactone, Eplerenone), Renin-Angiotensin Inhibitors (ACEIs, ARBs), Beta blockers พบว่ามีความเสี่ยงของการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงมากขึ้น⁽¹²⁻¹⁴⁾

ในบางกรณีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงอาจวิกฤตจนเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเสียชีวิตได้ รายงานของ Kennard และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่ามีกรณีผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงถึง 8.1 mmol/L ร่วมกับ

มีภาวะหัวใจเต้นช้าและภาวะไตวายต้องได้รับการรักษาด้วยการล้างไตฉุกเฉินจากการได้รับ TMP/SMX และจากรายงานของ Diribe และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่ามีกรณีผู้ป่วยที่ได้รับ TMP/SMX มีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงถึง 8.6 mmol/L ร่วมกับมีภาวะ BRASH syndrome ซึ่งมีอาการหัวใจเต้นช้า (Bradycardia) ภาวะไตวาย (Renal failure) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ AV-node blocker (Atrioventricular-node blockers) ความดันโลหิตต่ำ (Shock) และระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) ในขณะที่การศึกษาของ Fralick M และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับยา ACEIs หรือ ARBs ร่วมกับ TMP/SMX จะมี sudden death มากเป็น 1.4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะอื่น ๆ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าในช่วงที่มีอาการติดเชื้อรุนแรงผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในขนาดที่สูง และเป็นระยะเวลาานาน นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำมักมีน้ำหนักตัวที่ค่อนข้างน้อย จึงอาจส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงที่มากขึ้น การศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วย PJP ที่ได้รับยา TMP/SMX เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วย Pneumocystis jirovecii pneumonia ที่ได้รับยา trimethoprim/sulfamethoxazole ในโรงพยาบาลปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วย Pneumocystis jirovecii pneumonia ที่ได้รับยา trimethoprim/sulfamethoxazole ในโรงพยาบาลปทุมธานี

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Case-control study) โดยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานีด้วยการติดเชื้อ PJP ในช่วงเวลาตั้งแต่ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 นำมาวิเคราะห์หาอุบัติการณ์และความเสี่ยงในการเกิดภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ได้รับการรักษาด้วย TMP/SMX

ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ย้อนหลังเพื่อหาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานีจากการติดเชื้อ PJP และมีประวัติได้รับการรักษาด้วยยา TMP/SMX โดยทำการเก็บข้อมูลอายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ภาวะทุพโภชนาการ โรคประจำตัว ยาชนิดอื่น ๆ ที่ได้รับระหว่างนอนโรงพยาบาล ชนิดการบริหารยาและขนาดยา TMP/SMX ที่ได้รับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจค่าความสมบูรณ์ของเลือด, ผลการทำงานของไต, ผลระดับเกลือแร่ในเลือด และผลการทำงานของตับก่อนได้รับยา TMP/SMX และผลการทำงานของไต, ผลระดับเกลือแร่ในเลือด หลังได้รับยา TMP/SMX

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานีด้วย Pneumocystis jirovecii pneumonia และมีประวัติได้รับการรักษาด้วยยา trimethoprim/sulfamethoxazole ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยคือ

- (1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานีด้วยโรค Pneumocystis jirovecii pneumonia
- (2) มีประวัติได้รับการรักษาด้วยยา trimethoprim/sulfamethoxazole
- (3) ผู้ป่วยมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการวิจัยคือ

- (1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานีด้วยโรค Pneumocystis jirovecii pneumonia แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา trimethoprim/sulfamethoxazole
- (2) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระดับโพแทสเซียมในเลือดตั้งแต่แรกเริ่มและ/หรือได้รับการแก้ไขด้วยยามาก่อน
- (3) ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดหลังจากได้รับยา trimethoprim/sulfamethoxazole
- (4) ผู้ป่วยที่ประวัติเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ไม่สมบูรณ์

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ภาวะทุพโภชนาการ โรคประจำตัว ยาชนิดอื่น ๆ ที่ได้รับระหว่างนอนโรงพยาบาล วิธีบริหารและขนาดยา TMP/SMX ที่ได้รับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจค่าความสมบูรณ์ของเลือด (Complete Blood Count; CBC), ผลการทำงานของไต (Blood Urea Nitrogen; BUN, Serum creatinine; SCr, Estimated Glomerular Filtration Rate; eGFR using CKD-EPI), ผลระดับเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte) และผลการทำงานของตับ (Liver function test)

ตัวแปรตาม ได้แก่ ผู้ป่วย PJP ที่ได้รับยา TMP/SMX และมีภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงคือมากกว่า 5 mEq/L หรือมีภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงรุนแรงคือมากกว่า 6 mEq/L

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วย PJP ที่ได้รับยา TMP/SMX ได้แก่ Chi-square test และ t-test เพื่อดูข้อมูลเชิงปริมาณ, uni-variate analysis และ

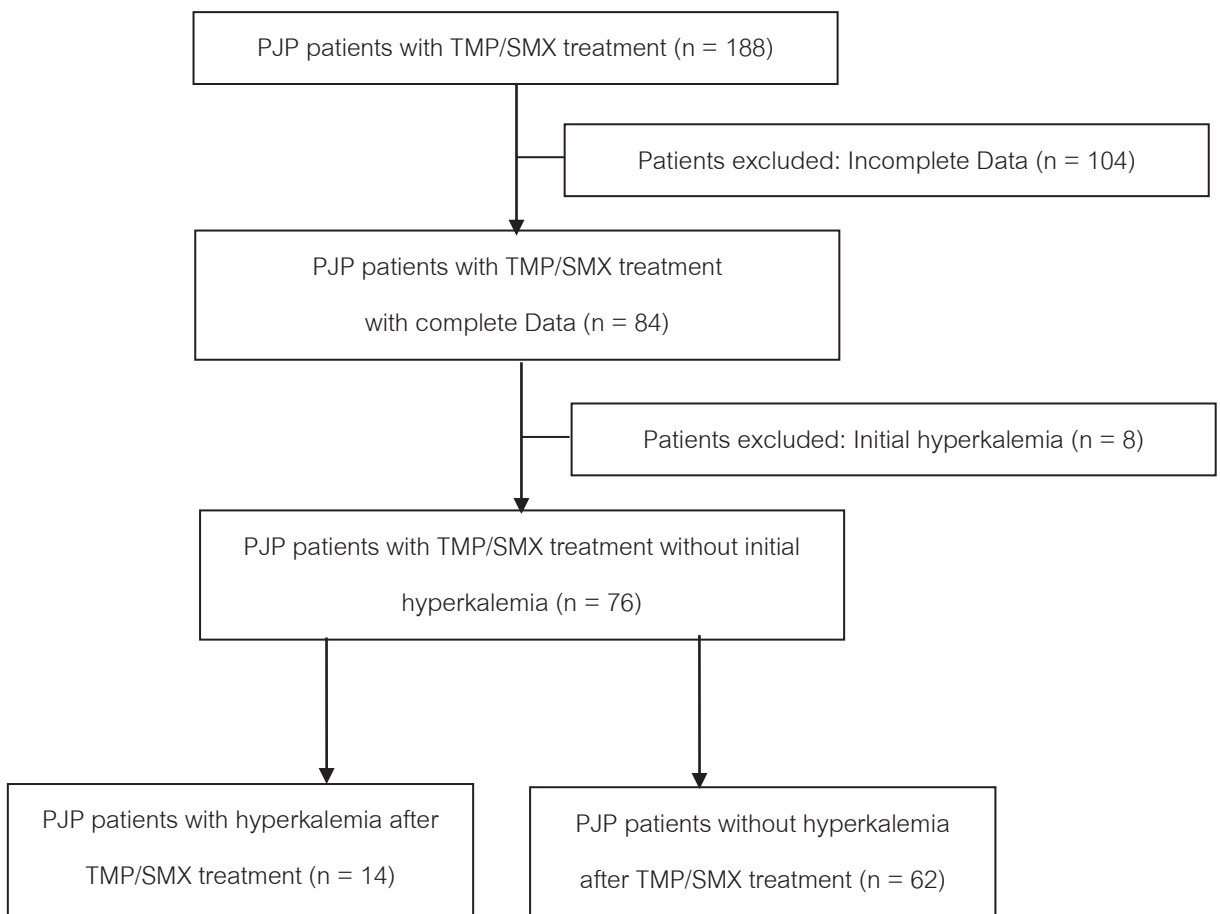
multiple logistic regression เพื่อหาค่า odds ratio (OR), adjusted odds ratio (OR_{Adj}), 95% confidence interval (95%CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05 โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาและลักษณะทางคลินิก

จากการศึกษาย้อนหลัง 10 ปี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ PJP และมีประวัติได้รับการรักษาด้วยยา TMP/SMX จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ทั้งสิ้น 188 ราย หลังจากตัดผู้ป่วยที่ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วนและผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือดผิดปกติตั้งแต่ก่อนได้รับการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีทั้งสิ้น 76 ราย จากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมสูง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีภาวะโพแทสเซียมสูงรุนแรงทั้งสิ้น 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคร่วม

จากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา 76 ราย พบว่าเป็นเพศชาย 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.8 เป็นเพศหญิง 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.2 มีอายุเฉลี่ย 38.24 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 71 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 54.13 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 20.08 kg/m^2 เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมคือ ติดเชื้อเอชไอวี 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.7 ติดเชื้อวัณโรค 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.7 เอสแอลอี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.6 ข้ออักเสบรูมาตอยด์ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 เบาหวาน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.6 และความดันโลหิตสูง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมสูงมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ

โพแทสเซียมสูง, และไม่พบความแตกต่างของอายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ชนิดการบริหารยา TMP/SMX ระหว่างผู้ป่วยที่มีและไม่มีภาวะโพแทสเซียมสูง

เพื่อประเมินถึงความแตกต่างทางห้องปฏิบัติการระหว่างสองกลุ่ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันแรกรับผู้ป่วยและวันที่มีการติดตามระดับโพแทสเซียมจึงมีการเปรียบเทียบดังตารางที่ 2 และ 3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีค่าระดับโพแทสเซียมแรกรับเฉลี่ย 3.98 mEq/L ระดับโพแทสเซียมหลังการได้รับยา TMP/SMX เฉลี่ย 4.36 mEq/L และพบว่าระดับโพแทสเซียมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.38 mEq/L ผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมสูงมีระดับ albumin และ Globulin น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโพแทสเซียมสูง

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างทางคลินิกระหว่างผู้ป่วย *Pneumocystis jirovecii* pneumonia ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Trimethoprim/Sulfamethoxazole ที่มีและไม่มีภาวะโพแทสเซียมสูง

ข้อมูล = n (%)	ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 76)	ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperkalemia (n = 14)	ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Hyperkalemia (n = 62)	p-value
อายุ (ปี) (mean±SD)	38.24 ± 11.24	47.71 ± 11.76	37.45 ± 11.06	0.231
มากกว่า 40 ปี		6	8	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี		22	40	
เพศ (ราย) (%)				0.840
ชาย	47 (61.8%)	9 (64.3%)	38 (61.3%)	
หญิง	29 (38.2%)	5 (35.7%)	24 (38.7%)	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) (mean±SD)	20.08 ± 3.66	18.26 ± 3.28	20.49 ± 3.64	0.044
น้อยกว่า 18.5		10	16	
มากกว่าหรือเท่ากับ 18.5		4	46	

ข้อมูล = n (%)	ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 76)	ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperkalemia (n = 14)	ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Hyperkalemia (n = 62)	p-value
โรคประจำตัว (ราย,%)				
เอชไอวี	72 (94.7%)	13 (92.9%)	59 (95.2%)	0.732
วัณโรค	34 (44.7%)	8 (57.1%)	26 (41.9%)	0.308
เอสแอลอี	2 (2.6%)	1 (7.1%)	1 (1.6%)	0.249
ข้ออักเสบรูมาตอยด์	1 (1.3%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	0.638
เบาหวาน	2 (2.6%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)	0.002
ความดันโลหิตสูง	1 (1.3%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	0.034
ยาที่ได้รับ (ราย,%)				
ARV drugs	17 (22.4%)	4 (28.6%)	13 (21.0%)	0.544
Anti TB drugs	34 (44.7%)	8 (57.1%)	26 (41.9%)	0.308
Spironolactone	1 (1.3%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	0.638
Furosemide	6 (7.9%)	2 (14.3%)	4 (6.5%)	0.333
NSAIDs	3 (3.9%)	1 (7.1%)	2 (3.2%)	0.503
ARBs/ACEIs	1 (1.3%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	0.336
ชนิดการบริหารยา (ราย,%)				
Intravenous	33 (43.4%)	8 (57.1%)	25 (40.3%)	0.257
ขนาดยา TMP (mg/kg) (mean±SD)	14.39 ±3.72	15.11 ± 2.38	14.23 ± 3.96	0.283
ระยะเวลาที่ติดตามค่าโพแทสเซียม (วัน)	4.99 ± 4.14	6.21 ± 4.08	4.71 ± 4.14	0.229

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของผลทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มการรักษาระหว่างผู้ป่วย Pneumocystis jirovecii pneumonia ที่ได้รับการรักษาด้วยยา trimethoprim/sulfamethoxazole ที่มีและไม่มีภาวะโพแทสเซียมสูง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Mean±SD)	ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 76)	ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperkalemia (n = 14)	ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Hyperkalemia (n = 62)	p-value
Sodium (mEq/L)	130.92 ± 6.18	128.43 ± 6.36	131.49 ± 5.97	0.091
Potassium (mEq/L)	3.98 ± 0.70	4.07 ± 0.89	3.96 ± 0.66	0.605
Chloride (mEq/L)	95.06 ± 6.68	94.93 ± 7.48	95.09 ± 6.55	0.937
Bicarbonate (mEq/L)	20.80 ± 4.18	20.00 ± 2.98	20.98 ± 4.40	0.430
BUN (mg/dL)	16.24 ± 12.16	15.39 ± 10.62	16.43 ± 12.55	0.774
Creatinine (mg/dL)	0.79 ± 0.43	0.79 ± 0.33	0.79 ± 0.45	0.981
eGFR (ml/min/1.73 m ²)	109.26 ± 50.21	91.99 ± 36.40	113.19 ± 52.28	0.153
Albumin (g/dL)	2.61 ± 0.55	2.22 ± 0.62	2.70 ± 0.50	0.020
Globulin (g/dL)	4.51 ± 0.91	4.04 ± 4.61	4.61 ± 0.94	0.046
Total Bilirubin (mg/dL)	0.86 ± 1.45	1.52 ± 3.19	0.70 ± 0.51	0.069
Direct Bilirubin (mg/dL)	0.74 ± 1.78	1.17 ± 2.74	0.64 ± 1.49	0.341
AST (mg/dL)	123.53 ± 414.31	60.08 ± 36.19	138.26 ± 459.09	0.544
ALT (mg/dL)	75.48 ± 246.91	34.77 ± 30.04	84.94 ± 273.31	0.513

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของผลทางห้องปฏิบัติการหลังเริ่มการรักษาระหว่างผู้ป่วย Pneumocystis jirovecii pneumonia ที่ได้รับการรักษาด้วยยา trimethoprim/sulfamethoxazole ที่มีและไม่มีภาวะโพแทสเซียมสูง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Mean±SD)	ผู้ป่วยทั้งหมด (n = 76)	ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperkalemia (n = 14)	ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Hyperkalemia (n = 62)	p-value
Sodium (mEq/L)	131.37 ±5.44	129.43 ± 6.17	131.81 ± 5.22	0.144
Potassium (mEq/L)	4.36 ± 0.70	5.35 ± 0.42	4.13 ± 0.54	<0.001
Potassium Change (mEq/L)	0.38 ± 0.84	1.28 ± 0.97	0.18 ± 0.68	0.001
Chloride (mEq/L)	97.68 ± 6.57	98.16 ± 8.26	97.57 ± 6.20	0.764
Bicarbonate (mEq/L)	20.48 ± 5.02	20.49 ± 4.80	20.48 ± 5.11	0.999
BUN (mg/dL)	18.44 ± 12.84	22.08 ± 11.09	17.48 ± 13.20	0.254
Creatinine (mg/dL)	0.83 ±0.53	0.88 ±0.39	0.82 ± 0.57	0.690
eGFR (ml/min/1.73 m ²)	105.87 ±48.98	89.79 ± 47.44	109.9 ± 48.98	0.188

ผลการศึกษาเชิงวิเคราะห์

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงของกลุ่มผู้ป่วย PJP ที่ได้รับการรักษาด้วย TMP/SMX พบปัจจัยที่อาจจะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามตารางที่ 4 ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m² ซึ่งมีค่า odds ratio 7.187 (95% CI 1.98-26.15, p=0.003) และระดับ Serum albumin ต่ำกว่า 2.5 g/dL ซึ่งมีค่า odds ratio 3.67 (95% CI 1.50 - 17.75, p=0.016)

แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูง ตามตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะทุพโภชนาการที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m² ซึ่งมีค่า OR_{adj} 4.912 (95% CI 1.281-18.831, p=0.020) ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือระดับ Serum albumin ต่ำกว่า 2.5 g/dL ซึ่งมีค่า OR_{adj} 3.033 (95% CI 0.811-11.336, p=0.099)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในผู้ป่วย *Pneumocystis jirovecii* pneumonia ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Trimethoprim/Sulfamethoxazole

ปัจจัยที่ศึกษา	ภาวะ Hyperkalemia		Odds ratio	95% CI	p-value
	มี	ไม่มี			
อายุ			1.36	0.42-4.44	0.760
มากกว่า 40 ปี	6	22			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	8	40			
ดัชนีมวลกาย			7.19	1.98-26.15	0.003
น้อยกว่า 18.5	10	16			
มากกว่าหรือเท่ากับ 18.5	4	46			
อัตราการกรองของไต			3.73	0.89-15.64	0.080
น้อยกว่า 60	4	6			
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	10	56			
Serum albumin			3.67	1.05-12.87	0.039
น้อยกว่า 2.5	8	17			
มากกว่าหรือเท่ากับ 2.5	5	39			
Serum globulin			2.14	0.57-7.84	0.250
น้อยกว่า 4	5	14			
มากกว่าหรือเท่ากับ 4	7	42			
ชนิดการบริหารยา			1.97	0.61-6.38	0.371
ทางหลอดเลือดดำ	8	25			
ทางการกิน	6	37			

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในผู้ป่วย Pneumocystis jirovecii pneumonia ที่ได้รับการรักษาด้วยยา trimethoprim/sulfamethoxazole

ปัจจัยที่ศึกษา	OR _{adj}	95% CI	p-value
ภาวะทุพโภชนาการ (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m ²)	4.912	1.281-18.831	0.020
ระดับserum albumin ต่ำ (< 2.5 g/dL)	3.033	0.811-11.336	0.099

อภิปราย

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงในผู้ป่วย PJP ที่ได้รับการรักษาด้วยยา TMP/SMX อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 Kg/m² โดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 4.912 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 18.5 Kg/m² (OR_{adj} 4.912; 95% CI 1.281-18.831, p=0.020) ส่วนภาวะระดับserum albumin ที่น้อยกว่า 2.5 g/dL มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงแต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} 3.033; 95% CI 0.811-11.33, p=0.099) ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้จากภาวะ Serum albumin ที่ต่ำน่าจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงคืออายุและอัตราการกรองของไต⁽¹¹⁾ โดยอาจอธิบายได้จากกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาแตกต่างกัน จำนวนผู้ป่วยไม่มากพอและเป็นการศึกษาย้อนหลัง และจากการวิจัยนี้ไม่พบว่ามีสาเหตุอื่น ๆ ที่ได้รับระหว่างนอนโรงพยาบาลที่มีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงมากขึ้น ซึ่งต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีรายงานว่าเพิ่มความความเสี่ยงของการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงมากขึ้น⁽¹²⁻¹⁴⁾ อาจอธิบายได้จากกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันและการศึกษา

นี้มีผู้ป่วยจำนวนเพียงเล็กน้อยที่ได้รับยากลุ่มดังกล่าว ในงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ 1) เป็นการศึกษาย้อนไปข้างหน้าทำให้ข้อมูลverzะเบียนไม่สมบูรณ์ 2) ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่มีการติดตามค่าระดับโพแทสเซียมในเลือดจะถูกคัดออกจากการวิจัย 3) การติดตามระดับโพแทสเซียมในช่วงระยะเวลาที่ต่างกันหลังได้รับยา 4) ผู้ป่วยแต่ละรายมีการประเมินการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาที่ต่างกันไปตามแต่แพทย์ผู้ดูแลแต่ละราย จนอาจทำให้มีความแตกต่างของระดับโพแทสเซียมในผู้ป่วยแต่ละรายได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้โดย ผู้ป่วยที่ได้รับยา TMP/SMX ควรมีการตรวจติดตามค่าระดับเกลือแร่ตามความเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเป็นการศึกษาเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า มีการเก็บข้อมูลในจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดปกติและขนาดสูง และในผู้ป่วยที่ใช้ TMP/SMX ในการรักษาโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคปอดอักเสบ PJP เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วนมากขึ้น และนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับ TMP/SMX ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น และควรมีการคำนึงถึงตัวแปรอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาที่ได้รับยา TMP/SMX ก่อนที่จะได้รับการตรวจเลือดซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Opportunistic Infections : prophylaxis and treatment in : Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al, editors. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022. Nonthaburi : Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022. p. 181-3.
2. American pharmacists association. Drug information handbook : with international trade names index. 25th ed. Hudson, Ohio : Lexi-Comp; 2016. p. 1358.
3. BACTRIM (sulfamethoxazole and trimethoprim) [Package insert]. Cranbury (NJ) : Sun Pharmaceutical Industries; 1981.
4. Eiam-Ong S, Kurtzman NA, Sabatini S. Studies on the mechanism of trimethoprim-induced hyperkalemia. *Kidney Int.* 1996;49 (5) :1372-8.
5. Velázquez H, Perazella MA, Wright FS, Ellison DH. Renal mechanism of trimethoprim-induced hyperkalemia. *Ann Intern Med.* 1993;119 (4) :296-301.
6. Witt JM, Koo JM, Danielson BD. Effect of standard-dose trimethoprim/sulfamethoxazole on the serum potassium concentration in elderly men. *Ann Pharmacother.* 1996;30 (4) :347-50.
7. Marinella MA. Trimethoprim-induced hyperkalemia : An analysis of reported cases. *Gerontology.* 1999;45 (4) :209-12.
8. Choi MJ, Fernandez PC, Patnaik A, Coupaye-Gerard B, D'Andrea D, Szerlip H, Kleyman TR. Brief report : trimethoprim-induced hyperkalemia in a patient with AIDS. *N Engl J Med.* 1993;328 (10) :703-6.
9. Plantaz MMEA, Veldman BAJ, Esselink AC, Fleuren HWA, Kramers C. Co-trimoxazole induced hyperkalemia and potassium monitoring in hospitalized patients. *Int J Clin Pharm.* 2020;42 (6) :1405-11.
10. Al Adawi RM, Albu-Mahmood Z, Abdelgelil M, Abdelaziz H, Stewart D, Awaisu A. Incidence of Co-Trimoxazole-Induced Hyperkalemia in a Tertiary Care Hospital. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021;14 :519-25.
11. Mengi T, Ozkok H, Comert B. Evaluation of Hyperkalemia Associated with Trimethoprim Sulfamethoxazole in the Intensive Care Unit. *J Crit Intensive Care.* 2021;12 :27-31.
12. Antoniou T, Gomes T, Juurlink DN, Loutfy MR, Glazier RH, Mamdani MM. Trimethoprim-sulfamethoxazole-induced hyperkalemia in patients receiving inhibitors of the renin-angiotensin system : a population-based study. *Arch Intern Med.* 2010;170 (12) :1045-9.
13. Fralick M, Macdonald EM, Gomes T, Antoniou T, Hollands S, Mamdani MM, Juurlink DN; Canadian Drug Safety and Effectiveness Research Network. Co-trimoxazole and sudden death in patients receiving inhibitors of renin-angiotensin system : population based study. *BMJ.* 2014;349 :g6196.

14. Weir MA, Juurlink DN, Gomes T, Mamdani M, Hackam DG, Jain AK, Garg AX. Beta-blockers, trimethoprim-sulfamethoxazole, and the risk of hyperkalemia requiring hospitalization in the elderly : a nested case-control study. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;5 (9) :1544-51.
15. Kennard A, Roberts DM. Medicinal mishap : Trimethoprim-induced critical hyperkalaemia. *Aust Prescr.* 2016;39 (4) :136-7.
16. Diribe N, Le J. Trimethoprim/Sulfamethoxazole-Induced Bradycardia, Renal Failure, AV-Node Blockers, Shock and Hyperkalemia Syndrome. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2019;3 (3) :282-5.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราที่บ้าน : กรณีศึกษา

Nursing home care of Alcohol induced psychosis patients : a case study

นงคาร รวงแดง

Nongkan Rangdang

นุสรานามเดช

Nudsara namdet

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

Received : November 22,2022 Revised : December 21,2022 Accepted : February 6,2023

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychosis) ที่บ้าน เป็นบทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาลจิตเวชเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา ส่วนใหญ่ มักมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำและขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบและประสิทธิภาพการรักษาลดลง ส่วนโรงพยาบาลทางกายมีการนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมาใช้ค่อนข้างน้อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการติดตามประเมินผล บทความนี้จะเน้นถึงการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโดยใช้กระบวนการพยาบาลจิตเวช ร่วมกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เน้นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยเชิงรุก หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติขาดนัด ขาดการรับประทานยา และมีอาการทางจิตกำเริบจากการใช้สุรา ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดการอาการหว้าว และการเสริมแรงจิตใจในการเลิกสุรา จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจในการเลิกสุรา ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และเข้ารับการบำบัดดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพยาบาลที่บ้าน, ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา, กรณีศึกษา

Abstract

Caring of patients with alcohol induced psychosis is a challenging role for psychiatric nurses. The most alcohol-related psychosis patients returned to alcohol drinking and non-compliance for medicine after discharge from hospital. As a result, the effectiveness of treatments was reduced recurrence with mental illnesses. Moreover, the guidelines for alcohol dependence were few used in physical hospitals then patients with alcohol induced psychosis lacked of continuity in monitoring. This article focused on the nursing process for patients with alcohol induced psychosis and visited the patients in the community. The main goals were focused on active promotion, prevention, treatment, and rehabilitation. The most patients lost an appointment and non compliance after discharging and recurrence with alcohol induced psychosis. Therefore, the intervention such as health education, hallucination management, and motivation interviewing for stopping alcohol use were important for develop their self-awareness, inspiration, compliance therapy, and continuing care.

Keywords : Nursing home care, Alcohol induced psychosis, case study

บทนำ

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 6.99 ล้านคน เป็นนักดื่มประจำ คิดเป็นความชุกของการดื่มประจำเท่ากับร้อยละ 12.26 และมีแนวโน้มติดสุราสูง⁽¹⁾ สุราเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีนในสมองผิดปกติ เมื่อใช้ไประยะเวลาอันนานมีผลทำให้เกิดโรคจิต เรียกว่า โรคจิตจากสุรา (Alcohol induced psychotic disorder) มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน โดยจะพบอาการประสาทหลอนได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด ได้แก่ อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) และเห็นภาพหลอน (Visual hallucination) ลักษณะอาการที่พบได้บ่อย คือ หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดว่าร้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยตอบสนองกับสิ่งที่รับรู้ผิดปกติ เช่น เกิดความหวาดกลัว ตื่นตระหนก เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง หลงผิดมีความคิดว่าถูกคนปองร้าย มีผลให้ทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นตามมา^(2,3) โดยอาการมักจะเริ่มเกิดในช่วง 1 เดือนของการดื่มหรือการหยุดดื่มแต่อาการอาจคงอยู่นานได้หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่ม แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน โดยไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตจากสาเหตุอื่นมาก่อน และไม่อยู่ในช่วงของอาการถอนพิษสุรา (Withdrawal syndrome) อาการทางจิตที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะสัมพันธ์กับการดื่มสุรา หากหยุดดื่มสุราได้อาการทางจิตจะทุเลาและหายไป และอาการจะกำเริบขึ้นอีกหากผู้ป่วยหวนกลับไปดื่มสุรา⁽⁴⁻⁶⁾ ผู้ที่มีภาวะโรคจิตจากสุราจัดอยู่ในกลุ่มโรคจิตเวชที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี โดยเฉพาะเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน มักจะไม่รับประชนานยา และมักกลับไปดื่มสุราซ้ำ จึงมีผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้

ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคจิตจากสุรา เมื่อดื่มสุราในระยะเวลาอันนานก็ทำให้เกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทและโครงสร้างภายในสมอง ทำให้เป็นสาเหตุเกิดโรคจิตได้ กลไกการติดสุราเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท

โดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) หลังมากขึ้น เกิดแรงเสริมทางบวก ทำให้ผู้ดื่มชื่นชอบ ร่าเริง และผ่อนคลาย จึงทำให้รู้สึกอยากดื่มเป็นประจำในที่สุดไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับผลกระทบหลายด้านก็ตาม⁽⁷⁾ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้สมัครใจเข้ารับการรักษาเนื่องจากคิดว่าตนไม่ได้ติดสุรา แต่เป็นญาติและครอบครัวที่คอยกระตุ้นและพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และมักมาด้วยโรคทางกายนำมาก่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ เลือดออกในกระเพาะอาหาร อุบัติเหตุและอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง เมื่อรักษาอาการทางกายแล้ว หากไม่ได้รับการบำบัดสุรา ผู้ป่วยมักหวนกลับไปใช้สุราซ้ำ เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นจะนำไปสู่อาการอยากดื่ม (Craving) ได้ ซึ่งมีผลต่อการร่วมมือในการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา ประกอบด้วยการบำบัดอาการทางจิตร่วมกับการใช้กระบวนการบำบัด แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการก่อนรักษา เช่น ชักประวัติข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุรา ประเมินสภาพร่างกาย และอาการทางจิตที่เกิดขึ้น 2) ขั้นถอนพิษยา ระยะเวลา 7-14 วัน 3) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ใช้เวลาฟื้นฟูสมรรถภาพนาน 4 เดือน และ 4) ขั้นติดตามการรักษากการติดตามหลังรักษาใช้เวลา 1 ปี การติดตามประกอบด้วย การโทรศัพท์เยี่ยม การนัดหมายที่สถานบำบัด การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น^(8,9) บริบทของการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลฝ่ายกาย เน้นการบำบัดสุราที่แผนกผู้ป่วยนอก หากผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราไม่มีแรงจูงใจในการเลิกสุรามากพอ มักไม่มารับการบำบัดตามนัดหมาย ช่องว่างที่สำคัญที่สุดคือ การขาดการติดตามผู้ป่วยให้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำอย่างไรจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ดังนั้นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญในการพยาบาลเชิงรุกสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เน้นการบำบัดฟื้นฟู

ผู้ป่วยสุราในชุมชน^(2,10) จากประสบการณ์พยาบาลชุมชนที่ติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยที่สุด คือผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย บทบาทของพยาบาลจิตเวชคือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผ่านองค์ความรู้และหลักการของการให้การปรึกษามาผนวกกับความรู้เกี่ยวกับผู้ที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา การบำบัดรักษาและฟื้นฟู และการสร้างแรงจูงใจในการหยุดหรือเลิกใช้สุรา เนื่องจากแรงจูงใจเป็นตัวแปรสำคัญในการเปลี่ยนแปลงและเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา ร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษา

การศึกษาในกรณีศึกษาครั้งนี้ ได้นำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย 2) การวางแผนการพยาบาล และ 3) การวิเคราะห์วิจารณ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษาชายไทย อายุ 34 ปี รุปร่างสมส่วน สถานภาพสมรส โสด สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ปวส. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีมนุษยสัมพันธ์ดี ใจเย็น เป็นลูกคนเดียว อาศัยอยู่กับมารดา บิดาแยกทางกับมารดาตั้งแต่ผู้ป่วยยังเด็ก บิดามีประวัติรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรค

F 10.5 Mental and behavioral disorders due to use of alcohol at Psychotic disorder แปลว่า ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต

อาการสำคัญ

ทะเลาะกับคนข้างบ้าน พุดคนเดียว ไม่นอน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 ปีก่อน เข้ารับการรักษาด้วยอาการตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) รักษาโรงพยาบาล ขณะนอนโรงพยาบาลมีอาการถอนพิษสุรา ได้รักษาที่คลินิกสุขภาพใจ มีประวัติไม่มาตรวจตามนัดและขาดยา ไปทำงานได้ ไม่มีอาการผิดปกติ

5 ปีก่อน ต้มสุราหนักมากขึ้น (ต้มสุราขาว 45 degree วันละ 1 ขวดต่อวัน) มีพุดคนเดียว มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงเด็กเล่นกัน มารดาพามาตรวจที่คลินิกสุขภาพใจ ได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute psychotic disorder (F23.9) มีประวัติไม่มาตรวจตามนัดและขาดยา ยังต้มสุราตลอด

4 ปีก่อน นอนไม่หลับ มีอาการหูแว่ว พุดคนเดียวคนเดียว จะเดินรอบบ้านเหมือนกำลังหาอะไร มารดาพามาตรวจ ได้รับการวินิจฉัยเป็น Mental and behavioral disorder due to use of alcohol at psychotic disorder (F10.5) มาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ยังต้มสุราตลอด ในประวัติเคยหยุดต้มสุรานานถึง 5 เดือน และหวนกลับไปต้มซ้ำจากการชักชวนของเพื่อนและต้มอย่างต่อเนื่อง ไม่รับประทานยา รักษา มีพุดคนเดียวบ้าง

1 สัปดาห์ก่อน ทะเลาะกับเพื่อนบ้านรุนแรง ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ พุดคนเดียว ไม่นอน มารดาพามารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก การวินิจฉัยเป็น Mental and behavioral disorder due to use of alcohol at psychotic disorder (F10.5)

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดาต้มสุราเป็นประจำ เคยมีประวัติรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง

การใช้ยาและสิ่งเสพติด อายุ 18 ปี ผู้ป่วยเริ่มต้มสุราให้เหตุผลว่าเพื่อนชวน มักต้มหลังเลิกงานโดยจะต้มกับเพื่อนร่วมงาน เป็นเหล้าขาว 35 ดีกรี ปริมาณ 1 กลม (700 มล.) ต้มจนมีอาการเมา ทำงานไม่ได้และออกจากงานเมื่อ 4 ปีก่อน

ความรู้สึกนึกคิดต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเชื่อว่า หากมีการเจ็บป่วยจะต้องไปรับการรักษาที่แพทย์ที่

โรงพยาบาล เช่น อาการหูแว่วเมื่อได้รับยาอย่างต่อเนื่อง อาการหูแว่ว หายไป ชัดแย้งกับข้อมูลผู้ป่วยไม่ได้ไปรับยา ต่อเนื่อง เพราะคิดว่าตนเองหายป่วย และไม่ได้เป็นโรคจิต

การตรวจสภาพจิต (Mental status examination)

ลักษณะที่ปรากฏและพฤติกรรม (General appearance and behavior) ชายไทย อายุ 34 ปีรูปร่างผอมสูง แต่งกายเรียบร้อยด้วยเสื้อยืดสีขาว และกางเกงขาสั้น สีดำ เสื้อผ้าสะอาด ร่างกายสะอาด มีการเคลื่อนไหวปกติ ขณะพูดคุยมีการสบตา บางครั้งหัวเราะไม่สมเหตุผล ให้ความร่วมมือดี

การพูด (speech) : พูดคุยสื่อสารเข้าใจ เรียงลำดับเหตุการณ์ได้เป็นเรื่องราวประวัติประตอถามตอบ ได้ตรงประเด็น ส่วนใหญ่ตอบคำถามสั้น ๆ มีพูดเป็นประโยคยาว ๆ บ้างเล็กน้อย

ความคิด (Thought) : มีความคิดมีความต่อเนื่อง เป็นเรื่องราว ไม่เร็วหรือช้าเกินไป คิดอยู่ในความเป็นจริง

อารมณ์ (Mood/affect) : มีสีหน้ายิ้มแย้ม ขณะสัมภาษณ์ ยิ้มแย้มเมื่อพูดถึงเรื่องที่ตนเองภูมิใจ ที่เคยเลิกสูราได้ 5 เดือน รู้สึกกังวลใจ กลัวเลิกสูราไม่สำเร็จ

การหยั่งรู้ (Insight) : ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต อยากเลิกสูราแต่ไม่แน่ใจว่าจะเลิกได้ กลัวเพื่อนจะมาชวนและใจอ่อนไปดื่มอีก

การรับรู้สิ่งเร้า (Perception) : มีอาการประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงเหมือนเด็กเล่นกันมารดาบอกว่า มีพูดคนเดียวบ้าง

เป้าหมายในชีวิต ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง : ผู้ป่วยมองตนเองว่าทำอะไรก็ไม่สำเร็จ และมักนำตัวเองไปเปรียบเทียบกับเพื่อนที่เรียนมาด้วยกัน

การรักษา Lorazepam 1 mg 2 tab oral hs , Amitriptyline 25 mg 2 tab oral hs, Largactil (Chlorpromazine) 100 mg 1 tab oral hs , Thiamin 1 tab oral pc

ส่วนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล

รวบรวมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ข้อดังนี้

1. การรับรู้ไม่ตรงตามความจริงเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู
2. การรับรู้สุขภาพไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง
3. มีโอกาสอาการทางจิตกำเริบซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกสูราและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง
4. มีความวิตกกังวลเนื่องจากการรับรู้และเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : การรับรู้ไม่ตรงตามความจริงเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ได้ยินเสียงเด็กเล่นกัน”

“นอนไม่ค่อยหลับ”

O : ตรวจสภาพจิต มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงเด็กเล่น เสียงฟังไม่ค่อยชัด (auditory hallucination)

เป้าหมายทางการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตามความเป็นจริง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่ตนเองเลือกใช้ เช่น ทำกิจกรรมอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และเกิดความร่วมมือในการให้การพยาบาล

2. ประเมินอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยซักถามชนิด เวลา ความถี่ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการและเนื้อหาของประสาทหลอน พฤติกรรมการตอบสนองต่ออาการประสาทหลอน และช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะว่าอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นนั้นผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร

3. ประเมินประสบการณ์หรือวิธีการจัดการกับอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยเคยใช้มาก่อน ว่าสามารถจัดการกับอาการประสาทหลอนได้มีประสิทธิภาพหรือไม่

4. แสดงออกถึงความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดและความรู้สึกและให้ความจริงกับผู้ผู้ป่วย (Presenting reality) โดยไม่ขัดแย้งหรือตำหนิผู้ผู้ป่วย หรือมองว่าเป็นเรื่องขบขัน

5. หากประเมินพบว่าผู้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ให้เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายเกี่ยวกับอาการหูแว่วแล้วรับฟังด้วยท่าที่สงบไม่ต่อต้านหรือตำหนิสิ่งที่ผู้ผู้ป่วยได้ยิน แต่ไม่แสดงท่าทีเห็นด้วยกับอาการหูแว่วที่ผู้ผู้ป่วยได้ยิน

6. หากประเมินพบว่าผู้ผู้ป่วยมีท่าทีหวาดกลัวต่อเสียงหูแว่ว/ภาพหลอน แต่สามารถควบคุมตนเองได้ให้มารดาอยู่เป็นเพื่อนผู้ผู้ป่วย เพื่อคลายความกลัวความวิตกกังวล หลีกเลี่ยงการเกิดอาการประสาทหลอน และลดอาการหมกมุ่นเกี่ยวกับอาการประสาทหลอน เช่น ชวนผู้ผู้ป่วยพูดคุย มอบหมายกิจกรรมที่ผู้ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น รดน้ำต้นไม้ ทำความสะอาดบ้าน

7. ให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ด้วยท่าที่มั่นคง สุภาพ เป็นมิตร ไม่ตำหนิ และไม่ควรถูกแสดงท่าทีเห็นด้วยกับเสียงที่ผู้ผู้ป่วยได้ยิน เช่น ถ้าผู้ผู้ป่วยถามว่าได้ยินเช่นเดียวกับผู้ผู้ป่วยหรือไม่ “ฉันคิดว่าเสียงที่คุณได้ยินเป็นเสียงจริงสำหรับคุณ แต่ฉันไม่ได้ยินเสียงที่คุณได้ยิน”

8. สอนเทคนิคการจัดการกับอาการหูแว่ว ดังนี้

- การเตือนตัวเอง โดยใช้ผู้ผู้ป่วยเขียนบันทึกอาการหูแว่ว อ่านออกเสียงดังและสรุป ช่วยทำให้ระยะความดังและความชัดเจนของเสียงแว่วลดลง

- การพูดคุยกับบุคคลอื่นในเรื่องที่ไม่ใช่เรื่องหูแว่ว เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการหูแว่ว ดูโทรทัศน์ ควรประเมินผู้ผู้ป่วยก่อนเลือกใช้วิธีนี้ เพื่อเลือกเนื้อหาของสื่อที่ไม่กระตุ้นอารมณ์และอาการหูแว่ว

- เพิกเฉยไม่สนใจเสียงหูแว่วที่ได้ยิน

9. ดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา ได้แก่ Chlorpromazine 100 mg 1 tab oral hs และสังเกตผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต เช่น หน้ำมืด ขณะเปลี่ยนท่า ปากแห้ง เป็นต้น

การประเมินผล

1. ผู้ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วลดลง ได้ยินเสียงหูแว่วห่างขึ้น นอนหลับตอนกลางคืนได้จากสมุดบันทึกอาการหูแว่วของผู้ป่วยความถี่ของอาการหูแว่วลดลง

2. ผู้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่ตนเองเลือกใช้ เช่น ทำความสะอาดบ้าน ช่วยมารดาทำงานบ้าน

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : การรับรู้สุขภาพไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ไม่มีอาการแล้ว ไม่กินยาได้ไหม”

: “ยานอนหลับทั้งนั้น ไม่น่าเกี่ยวกับอาการปวดท้อง” “ตอนนี้ผมไม่ปวดแล้ว”

O : ไม่ยอมรับว่าตนป่วย

: ยาแก้ไอเสบ ยังเหลือในซองยา, พบยาต้านโรคจิต Largactil (Chlorpromazine) ยังไม่ได้รับประทาน

: มารดาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยรับประทานยาตอนกลับจากโรงพยาบาล 2-3 วันแรกหลังจากนั้นก็มารับประทานยา

: ประวัติการเจ็บป่วยซ้ำด้วยตัวอ่อนอีกเสบ และ

ขาดนัดบำบัดสุรา

เป้าหมายการพยาบาล

ระยะสั้น : ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องโรคจิตจากสุรา การรับประทานยา

ระยะยาว : ผู้ป่วยยอมรับอาการเจ็บป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ายาที่ได้รับประทานส่งผลต่ออาการของตนเองอย่างไร

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
2. ชักชวนผู้ป่วยให้พูดคุย ระบายความรู้สึก ระบายความไม่สบายใจ ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีบุคคลอื่นรบกวน
3. จัดกิจกรรมที่สนับสนุนสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งกับพยาบาลหรือผู้รักษา และควรแสดงความจริงใจ แสดงความเป็นมิตร หรือมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย ในสถานการณ์ที่เป็นจริง
4. ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตจากสุรา พูดเชื่อมโยงว่ายาที่รักษามีส่วนช่วยให้ลดอาการทางจิตได้อย่างไร และการดื่มสุรามีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้านร่างกายอย่างไร
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันกล่าวสรุปกิจกรรมที่ได้ทำไปทั้งหมด และเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญในการยอมรับและการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยให้มากที่สุด
6. ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ เมื่อผู้ป่วยตอบคำถามและร่วมทำกิจกรรมกับพยาบาลได้สำเร็จ
7. ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ป่วยและญาติหากต้องการปรึกษาหรือเข้ารับการบำบัดสุรา แจ้งพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เน้นย้ำเรื่องการรักษา ให้ผู้ป่วยรับทราบอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตจากสุรา อาการจะดีขึ้นถ้ารับประทานยาครบและหยุดดื่มสุราได้
2. ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาสามารถควบคุมอาการทางจิต และบอกอาการข้างเคียงพร้อมวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. มีโอกาสอาการทางจิตกำเริบซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกสุราและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ตัวผมเองมีความอยากเองว่าจะเลิกก็เลิกไม่ได้” “อดปฏิเสธเพื่อนไม่ได้สักที”

“แค่เห็นน้ำแข็งในแก้วก็นึกถึงแล้ว” “มานั่งตรงนี้ที่ไร น้ำลายสอ”

O : มารดาให้ประวัติว่าผู้ป่วยเคยเลิกดื่มสุราได้ 5 เดือน สามารถทำงานได้ปกติ สุขภาพร่างกายแข็งแรง

เป้าหมายการพยาบาล

ระยะสั้น : ผู้ป่วยยอมรับว่าติดสุราและพร้อมที่จะเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ

: มีแรงจูงใจและความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะเลิกดื่มสุรา

ระยะยาว : ลดความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำทั้งโรคทางกายและทางด้านจิตใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สำรวจทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อหาแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา ปัญหาการดื่มสุรามีผลกระทบต่ออย่างไรจะเกิดโทษอย่างไรต่อผู้ป่วย และสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักมากขึ้น

2. ดูแลให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวข้องกับผลกระทบและโทษของการดื่มสุรา แนวทางการบำบัดรักษา วิธีการลด ละเลิก เพื่อสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุราแก่ผู้ป่วย

3. ประเมินความตั้งใจลด ละ เลิกดื่มสุราและให้ประเมินตนเองถึงความมั่นใจ โดยถามผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยบอกเป็นระดับคะแนน 1-10 ถึงความมั่นใจในการเลิกสุรา และให้การรักษาต่อเนื่อง พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงในการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

4. แนะนำการเลิกสูราที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกสูราให้สำเร็จต้องตั้งใจ การหวนกลับไปสู่อีก สูราจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการติ่มแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการติ่มได้ จะทำให้ติดสูราซ้ำโดยง่าย

5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การติ่มสูรา เช่น การพบเพื่อนที่ใช้สูราด้วยกัน การปรับสิ่งแวดล้อมบ้านใหม่ เพื่อลดความอยากติ่มสูราของผู้ป่วย ควรหากิจกรรมทำไม่ให้งานเพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสูรา และมีโอกาสหันกลับไปสู่อีก

6. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและบอกถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูราในอนาคตได้ เพื่อเป็นการเสริมแรงบวกให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจเกิดความมั่นใจในการทำพฤติกรรมที่ดีต่อเนื่อง

7. นัดผู้ป่วยและญาติ เพื่อติดตามประเมินอาการผู้ป่วยให้ปฏิบัติต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการเจ็บป่วยมากขึ้น และพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในการเลิกสูรา แต่ผู้ป่วยยังมีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยยังมีความกังวลใจว่าจะไม่สามารถควบคุมการติ่มของตนเองได้ กรณีศึกษาเข้ารับการบำบัดเลิกสูราต่อเนื่อง ติดตามการประเมินผลระยะยาว การเลิกสูราในระยะเวลา 2 เดือนยังมีเสียงที่จะมาติ่มสูราซ้ำ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองเนื่องจากรับรู้ตนเองไม่มีความสามารถ

ข้อมูลสนับสนุน

S : “เมื่อก่อนอาจจะทำได้ครับแต่ตอนนี้ไม่รู้ว่าจะไปทำอะไร ตอนนี้ไม่ได้ทำงาน แม่บอกว่าให้ไปสมัครโรงงานทำลูกชิ้น ”

“ผมชอบทำตัวแหย่ๆ ครับ ทำอะไรก็ผิดพลาดไปหมด จะเลิกก็เลิกไม่ได้สักที”

“เราไม่ถนัดอะไรเลย คนอื่นเค้าเก่งกว่าเราไปหมด ” “ไม่มีอะไรดี บางครั้งเหมือนอยู่ไปวันๆ”

O : ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะไปออกไปทำงาน กลัวว่าจะทำไม่ได้ มารดาตั้งใจว่าถ้าลูกอาการดีขึ้นจะให้ไปทำโรงงานทำลูกชิ้น

เป้าหมายทางการพยาบาล

ระยะสั้น : ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น โดยสามารถบอกเป้าหมายในชีวิตได้ว่าหลังอาการดีขึ้น วางแผนกับตัวเองว่าจะทำอะไร

ระยะยาว : ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น มองเห็นข้อดีของตนเองและสามารถทำตามเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง กล่าวแสดงออกมากขึ้น

2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงข้อดีของตนเองได้ ไม่มองว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล.

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์และระยะเวลาในการดูแล โดยพบปะผู้ป่วยบ่อยครั้งแต่ระยะเวลาสั้น ให้มีความสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลจะนำไปสู่ความร่วมมือที่ดีในการให้การพยาบาล

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวไม่มีบุคคลอื่นรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจช่วยลดความรู้สึกด้านลบและสิ่งรบกวนจิตใจ

3. ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ไม่ยากเกินไป ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ ให้แรงเสริมทางบวกตามความเป็นจริง เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วย

4. ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำและสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ

5. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาและยอมรับข้อดีของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกข้อดีของตนเองได้ ผู้ป่วยบอกว่า “ผมเคยพยายามลดสุราและสำเร็จมาครั้งหนึ่ง”

2. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง กล้าแสดงออกมากขึ้นขณะร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อน

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์หิวจรรย์

การวิเคราะห์หิวจรรย์

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราที่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจบริบทของชุมชนและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงมากน้อยแค่ไหน เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สุราซ้ำ ส่งผลให้การรับรู้สุขภาพไม่ตรงกับความเป็นจริง และขาดการรับประทานยา นอกจากนี้พยาบาลต้องสามารถประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุราของผู้ป่วย และใช้ข้อมูลนั้นในการสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุราอย่างแท้จริง ถ้าไม่ถึงการดำเนินโรค และระยะเวลาการใช้สุรา จะเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการเสื่อมถอยลง แต่ยังมีศักยภาพในการดูแลตนเองอยู่ มีความตั้งใจจะเลิกสุรา ถึงแม้ว่ายังมีความรู้สึกคุณค่าใจตัวเองต่ำ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในอนาคตต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย หากเราได้ฟื้นฟูสภาพจิตใจให้ เห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นจะสามารถประคับประคองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงจำเป็น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) แพทย์รักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา และมีอาการทางจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน แพทย์วินิจฉัยโรคจิตเฉียบพลัน (Acute and transient psychotic disorder, unspecified) และ โรคจิตจากสุรา (Mental and behavioral disorder due to use of alcohol at psychotic disorder) เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคทางกายและทางจิตบ่อย ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา

มีพฤติกรรมการดื่มสุราจนมีอาการทางจิต และขาดนัดเป็นประจำ ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่ซับซ้อนมีแนวโน้มกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูง จึงวางแผนการเยี่ยมผู้ป่วยและติดตามการประเมินผลของการเยี่ยม 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ แต่ยังไม่ยั่งยืนถึง 6 เดือน ไปรับการตรวจตามนัดที่คลินิกสุขภาพจิตด้วยตนเอง รับประทานยาได้ด้วยตนเอง ถูกต้อง ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ สามารถปฏิเสธเพื่อนที่มาชวนดื่มสุราได้ สิ่งที่ผู้ป่วยและญาติยังวิตกกังวลการดื่มสุราซ้ำและมีอาการทางจิตกำเริบเนื่องจากผู้ป่วยยังติดต่อกับเพื่อนกลุ่มเดิมที่มีพฤติกรรมดื่มสุรา และบริบทในชุมชนยังมีการใช้สุรากันจำนวนมาก จำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่องในช่วงระยะแรก ส่วนในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสุรา พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องมีความมุ่งมั่นที่จะเลิกสุราให้สำเร็จ

อภิปราย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุราที่บ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาลจิตเวช ร่วมกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตื้อยา จะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากในการบำบัดรักษา เช่น การเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม สาเหตุจากการกำเริบซ้ำจากพฤติกรรมการใช้สุรา จนติดและมีอาการทางจิตเวชส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จากการเยี่ยมบ้าน พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาอาจจะยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยรายนี้ การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้านร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ดูแลผู้ป่วยติดสุราที่บ้านน่าจะมาใช้กลับผู้ป่วยรายนี้ได้ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยารักษาทางจิตเวชอาการทางจิตลดลง แต่ผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงการติดสารเสพติดอยู่ เสี่ยงหวนกลับไปใช้สุราซ้ำสูง มีการศึกษารูปแบบการบำบัดสุราในชุมชนมากมายที่ประสบผลสำเร็จ เช่น การใช้โปรแกรมเสริมแรงจูงใจในการบำบัด

สุรา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการลดการดื่มสุราได้ หรือการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการเสริมแรงจูงใจ จากการศึกษาของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ ได้ ทบทวนองค์ความรู้เรื่องภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มี ปัญหาการดื่มสุรา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการ ดื่มสุรา และมีภาวะติดสุราร่วมด้วยจะทำให้ความรุนแรง ของโรคเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาอย่างแท้จริง⁽¹⁰⁾ การบำบัดแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาร่วมกับการทำจิตสังคม บำบัด มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยติดสุราเกิดความเข้าใจและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จ แต่รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในสถานบริการเป็นหลัก มากกว่าการทำจิตบำบัดในชุมชน อาจเป็นเพราะข้อจำกัดหลาย ๆ อย่าง ความไม่พร้อมของ ญาติและผู้ป่วยในการเข้าถึงระบบบริการ และที่สำคัญการ ขาดพยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดผู้ป่วย ในชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับ ตำบล ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนจะทราบบริบทของ ผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดต่าง ๆ ของผู้ป่วยในพื้นที่ มีข้อมูลสนับสนุนว่า การบำบัดฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถ ลดความพิการของผู้ป่วยได้ และการเยี่ยมบ้านสามารถ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ระยะเวลาการนอนรักษาตัวใน โรงพยาบาล ลดค่ารักษาพยาบาลลงเช่นกันและผู้ป่วย⁽¹¹⁾ และญาติเกิดความพึงพอใจในการบำบัดที่บ้าน⁽¹²⁾ สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เหมาะกับสถานการณ์โควิดที่ลดความ แออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชชุมชน ที่ ให้การพยาบาลเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านและให้การบำบัด ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต่อเนื่องที่บ้านถือว่าเป็นทางเลือกที่ น่าสนใจในสถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสร้างนวัตกรรมโดยใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์ เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิต จากสุราในชุมชน การติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการ พยาบาล ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตจากสุรา สามารถบำบัด เสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้านได้ในกรณีที่ไม่มีอาการถอนที่ รุนแรง ควรมีการนัดติดตามผลการบำบัดทุก 1 - 2 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยยังภาวะความอยากอยู่ (craving) มีความ เสี่ยงต่อการไปใช้สุราซ้ำสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Roadmap for the development of a system of care for people with binge drinking problems (P.O.S.) Department of Mental Health Ministry of Health Office of The Health Promotion Fund (NSF), "Screening and Rehabilitation Practices for People with Binge Drinking Problems," Mental Health Literacy Archive. Department of Mental Health, accessed 2023 January 31. Available from : <https://www.dmhelibrary.org/items/show/1212>.
2. National Statistical Office. The Smoking and Drinking Behavior Survey 2021. National Statistical Office of the National Economic and Social Development. Bangkok; 2021
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for continuous monitoring of psychiatric patients with alcohol, drugs and substance abuse. Bangkok : Prosperous Plus. 2020
4. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental : DSM-V Disorders. (5thed.) text revision. Washington, DC : Author; 2022.

5. Engelhard CP, Touquet G, Tansens A, De Fruyt J. [Alcohol-induced psychotic disorder : a systematic literature review]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 2015;57 (3) :192-201.
6. Ruichuan W , Xiaohe F, Weibian Y, Dan S , Limping W , Shujun Z. Alcohol-Induced Psychotic Disorder with Suspected Pulmonary Embolism : A Case Report. *Journal of Clinical Review & Case Reports* 2020;5 (11) :517-9.
7. Thanoi S. Brain and neurotransmitters Disorders in Substance Abuse. Phitsanulok : Naresuan University Press; 2018. (in Thai)
8. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. The Role of the Nurse in Addiction Counseling. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19 (1) : 16-23. (in Thai)
9. Wongpanarak N . Nursing of drug addicts. First Edition. Mahasarakham : Kakaia; 2018.
10. Chansirimongkol B. Integrated Rehabilitation Program Performance of alcoholic and drug abuse patients with psychiatric comorbidities. Bangkok : Prosperous; 2015. (in Thai)
11. Chang Y-C, Chou FH-C. Effects of Home Visit Intervention on Re-hospitalization Rates in Psychiatric Patients. *Community Mental Health Journal* 2015 ;51 (5) :598-605.
12. Heijdra Suasnabar JM, Hipple Walters B. Community-based psychosocial substance use disorder interventions in low-and-middle-income countries : a narrative literature review. *International Journal of Mental Health Systems* 2020;14 (1).

ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืชของเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านป่าไคร้ ตำบลหนองหล่ม อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง
Knowledge Attitudes and Self-defense behaviors from Using pesticides
in the responsible area of Banpakrai Health Promotion Hospital,
Nong Lom Subdistrict, Hang Chat District, Lampang Province

ชัชฎาภร พิศมร¹

Chatchadaporn Pissamorn¹

จิราพร บุญภา¹

Jeeraphorn boonpa¹

ลัทธวรรณ สาวัน¹

lattawan Sawan¹

ทองสาย ใจคำ²

Thongsai jaicom²

¹คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

¹Faculty of Science Lampang Rajabhat University

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้

²Ban Pa Krai Health Promotion Hospital

Received : November 15,2022 Revised : January 11,2023 Accepted : February 7,2023

บทคัดย่อ

ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ตำบลหนองหล่ม อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของตำบลหนองหล่ม จำนวน 88 คน วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์แบบเชิงอนุมาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง มี (S.D) เท่ากับ 2.93 (.295), 2.94 (.233) และ 2.97 (.146) ตามลำดับ จากการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการนอนหลับ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.475 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.423 ทศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.176 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.307 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : ความรู้, ทศนคติ, พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

Abstract

Research, Knowledge, Attitudes and Self-defense Behaviors from Using Pesticides in the responsible area of Ban Pa Krai Health Promotion Hospital, Nong Lom Subdistrict, Hang Chat District, Lampang Province. The objectives of this study was to study the level of knowledge, attitude and self-defense behavior of agricultural pesticides and to find the relationship between knowledge, attitude and self-protection behavior of farmers from using pesticides. The research sample consisted of 88 farmers in the responsible area of Nong Lom Sub-district by Purposive Sampling. A descriptive statistic data was used as a frequency, Percentage, mean and Standard Deviation. The analytic statistic that was used Spearman's rank correlation coefficient. Knowledge, Attitudes and Self-defense Behaviors from use of pesticides by farmers is mostly high have mean and Standard Deviation equaled to 2.93 (.295), 2.94 (.233), 2.98 (.106) and 2.97 (.146) respectively, from the relationship tests showed that knowledge was associated positively with sleep quality the coefficient of 0.475 and there was a positive relationship with farmers' post-use of pesticide behavior and had a correlation coefficient of 0.423 the use of pesticides has been found to have a positive relationship with pre-chemical behavior. Attitude was associated to a positive correlation with the farmers' behaviors before using pesticides the correlation coefficient was 0.176. and had a positive correlation with farmers' behavior while using pesticides. The correlation coefficient was 0.307 with statistical significance at the 0.01 level.

Keywords : Knowledge, Attitude, Self-defense Behavior from Using Pesticides

บทนำ

ประเทศไทยมีพื้นที่ในการทำการเกษตรเป็นลำดับที่ 48 ของโลก แต่พบว่ามีการใช้สารฆ่าแมลงมากเป็นอันดับที่ 5 ของโลก และมีการใช้สารฆ่าหญ้าเป็นอันดับ 4 ของโลก นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยมีการนำเข้าสารเคมีที่ได้จากการสังเคราะห์ทางเกษตรเป็นเงินสูงถึง 30,000 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁾ จากรายงานของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร พบว่า ในระหว่าง พ.ศ. 2558 - 2560 มีการนำเข้าสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชสูง มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประเภทผลิตภัณฑ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ประเทศไทยมีการนำเข้ามามากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง คือ สารกำจัดวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 74 สารป้องกัน และกำจัดแมลง คิดเป็นร้อยละ 14 สารป้องกันและกำจัดโรคพืชคิดเป็นร้อยละ 9 และอื่น ๆ อีก

คิดเป็นร้อยละ 3 เกษตรกรส่วนใหญ่เห็นว่าสารเคมีเหล่านี้ทำให้พืช ผัก สวยงาม ขายได้ราคาดี การใช้สารเคมีจึงเป็นทางเลือกใช้ทดแทนสารอินทรีย์ เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย ใช้สะดวก และกำจัดศัตรูพืชได้เร็ว

จังหวัดลำปาง มีพื้นที่ทั้งหมด 7,833,726 ไร่ และมีพื้นที่การทำเกษตรกร 1,078,122 ไร่ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีการเพาะปลูกข้าว นาปี ข้าวนาปรัง มันสำปะหลัง กระเทียม สับปะรด ถั่วลิสง กาแฟ ยางพารา และลำไย และจังหวัดลำปาง มีการศึกษาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านแม่ซ้อฟ้า ตำบลทุ่งผึ้ง อำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง พบว่า สารเคมีทางการเกษตรที่นิยมใช้มากที่สุด คือ สารเคมีกำจัดวัชพืช กลุ่มพาราควอท (กรัมมีออกโซน) ปริมาณมากกว่า 4,637

ลิตรต่อปี ซึ่งเกษตรกรส่วนใหญ่ ใช้มานานกว่า 10 ปีขึ้นไป เนื่องจากเกษตรกรมีความจำเป็นต้องเพิ่มผลผลิตให้เพียงพอตามความต้องการของตลาดจึงมีการนำสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาใช้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากหาซื้อง่าย ใช้สะดวกกำจัดศัตรูพืชได้เร็ว และขาดความรู้ ทักษะที่ถูกต้องในการใช้สารกำจัดศัตรูพืช จึงทำให้เกษตรกร ละเลยขาดความเอาใจใส่และแสดงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การตกค้างและการสะสมของสารพิษในร่างกาย รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคต่อมไร้ท่อ เป็นต้น⁽²⁾

จากข้อมูลย้อนหลังในพื้นที่ตำบลหนองหล่ม อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2563 พบว่า มีจำนวนผู้ได้รับการตรวจหาสารเคมีตกค้างในเลือดเกษตรกรทั้งหมด 157 ราย พบว่า ผลตรวจปกติ มีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.23 ปกติมีจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.39 เสียจำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.75 และไม่ปกติมีจำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.56 และ พ.ศ. 2564 พบว่า มีจำนวนผู้ได้รับการตรวจหาสารเคมีตกค้างในเลือดเกษตรกรทั้งหมด 150 ราย น้อยกว่าปี 2563 จำนวน 7 คน พบว่า ผลตรวจปกติ มีจำนวน 34 คน ร้อยละ 22.67 ปกติมีจำนวน 42 คน ร้อยละ 28 เสียจำนวน 54 คน ร้อยละ 36 และไม่ปกติมีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33⁽³⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ตำบลหนองหล่ม อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เนื่องจากเป็นพื้นที่เป้าหมายที่มีการทำเกษตรกรรมอยู่เป็นจำนวนมาก อีกทั้งผลจากการตรวจหาสารเคมีตกค้างในเลือดของ

เกษตรกร พบผลตรวจอยู่ในระดับเสี่ยงเพิ่มขึ้น และเพื่อทราบถึงระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเกษตร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ความรู้ และทักษะ กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้กลุ่มประชากร คือ เกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ จำนวนทั้งหมด 100 คน โดยมีกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน⁽⁴⁾ คำนวณแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาจำนวน 80 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นจึงต้องเก็บแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1. เป็นผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรและสัมผัสสารเคมีโดยตรง 2. ผู้ที่สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูล

ขอบเขตเนื้อหา

กรอบแนวคิดใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไป

- เพศ
- ศาสนา
- ภูมิลำเนา
- รายได้ที่ได้รับต่อเดือน
- งานอาชีพหลัก
- ประสบการณ์การทำงาน
- รูปแบบการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร(เป็นผู้ผสมสารเคมี)
- เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่นหรือสัมผัสผัก ผลไม้ที่ฉีดพ่น)
- ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- ได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่
- ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งใด
- ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส
- อายุ
- สถานะภาพ
- ระดับการศึกษา
- โรคประจำตัว
- ปัจจุบันทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก
- ความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- ประเภทของสารเคมีที่นิยมใช้

พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

- พฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมี
- พฤติกรรมขณะการใช้สารเคมี
- พฤติกรรมหลังการใช้สารเคมี

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

- ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีของเกษตรกร
- ความรู้เกี่ยวกับอันตรายและพิษของสารเคมี
- ความรู้ด้านการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมี
- ความรู้เกี่ยวกับการจัดเก็บสารเคมีศัตรูพืช

ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

- การใช้สารเคมีในเกษตรกร
- การทำเกษตรกร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้อำเภอห้างฉัตรจังหวัดลำปางทั้งหมด 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านป่าไคร้ใต้, บ้านล้อง, บ้านหลังก้าน และบ้านป่าไคร้เหนือ

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษามกราคม – ธันวาคม 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive research) อาศัยการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีประชากร คือ เกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ หมู่ที่ 1, หมู่ 2, หมู่ 3 และหมู่ 9 จำนวนทั้งหมด 100 คน หมู่ 1 จำนวน 34 คน หมู่ 2 จำนวน 22 คน หมู่ 3 จำนวน 22 คน และหมู่ 9 จำนวน 22 คน โดยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซี และมอร์แกน⁽⁴⁾ ได้จำนวน 80 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 88 คน คำนวณแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาดังนี้ (เมื่อความเชื่อถือได้ของการเลือกตัวอย่าง = 95%)

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

เมื่อ n - ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

$$\text{แทน } n = \frac{3.841(100)(0.5)(1-0.5)}{(0.05)^2(100-1) + 3.841(0.5)(1-0.5)} = \frac{96.025}{1.20775} = 80$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษารายได้ที่ได้รับต่อเดือนในครอบครัว โรคประจำตัวงานอาชีพหลัก ปัจจุบันทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก ประสบการณ์การทำงาน ความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช รูปแบบการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประเภทของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นิยมใช้ เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (เป็นผู้ผสมสารเคมี)

เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผัก ผลไม้ที่ฉีดพ่น) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่ ได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากแหล่งใด ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส

ส่วนที่ 2 ความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ จำนวนข้อ 10 ข้อ ถ้าตอบใช่ หมายถึง ได้ 1 คะแนน ได้แก่

ข้อ 1 สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ ทางการหายใจ ทางปาก ทางผิวหนัง ข้อ 2 การเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรอ่านฉลากก่อนซื้อ และก่อนใช้งานทุกครั้ง ข้อ 3 การสูบบุหรี่และการรับประทานอาหาร ในขณะที่การฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืช จะทำให้ร่างกายได้รับสารเคมีเพิ่มมากขึ้น ข้อ 8 หลังจากฉีดพ่นสารเคมีทุกครั้ง ควรรีบอาบน้ำชำระร่างกายด้วยสบู่ทันที ข้อ 9 ขณะทำการฉีดพ่นสารเคมี ควรให้บุคคลที่อยู่ในสถานที่นั้น ออกจากบริเวณที่ทำการฉีดพ่น และข้อ 10 ควรจัดเก็บอุปกรณ์ และสารเคมีให้พ้นมือเด็กทันทีหลังการฉีดพ่นทุกครั้ง ถ้าตอบไม่ใช่ หมายถึง ได้ 0 คะแนน ได้แก่ ข้อ 4 การทำลายภาชนะที่ใส่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว ควรกำจัดโดยการเผากลางแจ้ง ข้อ 5 การผสมสารเคมี ไม่จำเป็นต้องใช้ตามที่ฉลากกำหนด สามารถใช้ปริมาณที่มากกว่า เพราะจะได้เห็นผลเร็ว ข้อ 6 หากหัวฉีดอุดตันควรล้างด้วยน้ำสะอาด และใช้ปากเป่าเศษสิ่งสกปรกออก และ ข้อ 7 ภาชนะบรรจุสารเคมีใช้หมดแล้วควรนำกลับไปใช้บรรจุน้ำ หรือสิ่งอื่น ๆ เพื่อความประหยัด โดยมีเกณฑ์ระดับของความรู้ประยุกต์ตามแนวคิดของ Bloom⁽¹⁰⁾ ระดับคะแนน 0-3 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ระดับคะแนน 4-7 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 8-10 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ทศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ จำนวนข้อ 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีการฉีด หรือพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อ 4 ควรปฏิบัติตามคำแนะนำที่ระบุไว้บนฉลากอย่างเคร่งครัด เพื่อลดอันตรายที่จะได้รับจากสารเคมีและ ข้อ 8 ระหว่างฉีดพ่นสารเคมีควรยืนอยู่เหนือลมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้สารเคมีพัดเข้าสู่ร่างกาย และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นสารเคมีที่ต้องสัมผัสเป็นประจำจนเกิดความเคยชิน จึงไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ข้อ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นเรื่องง่าย ๆ ใคร

ก็ใช้ได้ ข้อ 5 เสื้อผ้าที่ใส่หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้ว ไม่จำเป็นต้องแยกซัก ข้อ 6 การฉีดพ่นสารเคมีในปริมาณมาก ทำให้ได้ผลผลิตที่ดี ข้อ 7 หลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะอาจจะทำให้ไม่สบาย ข้อ 9 เสื้อผ้า หน้ากาก ถุงมือ และแว่นตาเมื่อใช้แล้วไม่ต้องทำความสะอาดเพียงแค่นำไปตากแดดให้แห้ง และข้อ 10 ภาชนะบรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้วสามารถล้างนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ระดับของทัศนคติ ระดับคะแนน 10 – 22 คะแนน ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ระดับคะแนน 23 – 35 คะแนน ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และระดับคะแนน 36-50 คะแนน ทัศนคติอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ จำนวนข้อ 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วยพฤติกรรมก่อนใช้สารเคมี จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ท่านอ่านรายละเอียดที่ฉลากภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนซื้อ ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำที่ฉลากกำหนดไว้ท่านใช้วัสดุหรือไม่คนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้เข้ากัน เข้าพื้นที่ศึกษาทิศทางลมก่อนการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีฉลากถูกต้องมีเครื่องหมายแสดงค่าเตือนชื่อสารเคมีเลขทะเบียนวัตถุ พฤติกรรมขณะใช้สารเคมี จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ท่านใช้หน้ากากอนามัยขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ท่านสวมถุงมืออย่างตลอดเวลา ท่านสวมเสื้อแขนยาว/กางเกงขายาว ท่านไม่รับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำในบริเวณที่ฉีดพ่น ท่านยืนอยู่เหนือลมขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมหลังใช้สารเคมี จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ท่านฝีกกลบภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ท่านเปลี่ยนชุดที่สวมใส่หลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที ท่านแยกเสื้อผ้าที่ใช้พ่นสารเคมีกำจัด

ศัตรูพืช เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกับเสื้อผ้าอื่น ๆ ท่านแยกเก็บภาชนะและอุปกรณ์ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามกลุ่ม ตามความคิดของเบสท์⁽¹²⁾ ระดับของพฤติกรรม ระดับคะแนน 15-34 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ระดับคะแนน 35-54 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 55-75 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การให้คะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho) (Hinkle D.E.)⁽⁹⁾

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.91 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
0.71 - 0.90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
0.51 - 0.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
0.31 - 0.50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0.00 - 0.30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ทำการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง ความชัดเจนของภาษาเพื่อให้ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบตรวจประเมินด้านความตรงของเนื้อหาด้วยค่าความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : index of item objective congruence) โดยแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 0.73 ด้านทัศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 0.71 และด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ พฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมี เท่ากับ 1 พฤติกรรมขณะการใช้สารเคมี เท่ากับ 0.67 พฤติกรรมหลังการใช้สารเคมี เท่ากับ 1

2. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มเกษตรกรที่ได้ทำการศึกษา ได้แก่ เกษตรกรในพื้นที่ต่างจังหวัดจำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแยกรายด้าน พบว่า ด้านความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 0.72 ด้านทัศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 0.87 และด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ พฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมี เท่ากับ 0.82 พฤติกรรมขณะการใช้สารเคมี เท่ากับ 0.81 พฤติกรรมหลังการใช้สารเคมี เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา (Descriptive research) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอ้างอิง (Analytic Statistic) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho) โดยใช้คอมพิวเตอร์

มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2565-056 วันที่รับรอง 20 เมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการปกป้องความลับ และการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ และเอกสารจะถูกทำลายหลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.6 ส่วนใหญ่อยู่ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.9 อาศัยอยู่จังหวัดลำปางทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.2 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 69.3 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.1 อาชีพหลัก ส่วนใหญ่เพาะปลูก (ทำเอง) ร้อยละ 94.3 มี

ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 4 ปี ร้อยละ 86.4 ปัจจัยด้านความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่จะใช้น้อยกว่า 2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 75 ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบบฉีด/พ่น ร้อยละ 54.5 นิยมใช้สารพิษกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 50 ด้านการอบรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 73.9 เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 95.5 และไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 4.5 และปัจจัยด้านผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ส่วนใหญ่มีความเสี่ยง ร้อยละ 42

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 88 คน)

ข้อ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1	เพศ	
	ชาย	56(63.6)
	หญิง	32 (36.4)
2	อายุ	
	40-49 ปี	4 (4.5)
	50-59 ปี	32 (36.4)
	60 ปีขึ้นไป	52 (59.1)
3	ศาสนา	
	พุทธ	88 (100.0)
4	สถานภาพ	
	โสด	2 (2.3)
	สมรส	73 (82.9)
	หย่าร้าง	2 (2.3)
	หม้าย	11 (12.5)
5	ภูมิลำเนา	
	จังหวัดลำปาง	88 (100.0)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
6	ระดับการศึกษา	
	ไม่ได้รับการศึกษา	2 (2.3)
	ระดับประถมศึกษา	60 (68.2)
	ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	10 (11.4)
	ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14 (15.9)
	ระดับอนุปริญญาตรี/ปวส.	1 (1.1)
	ระดับปริญญาตรี	1 (1.1)
7	รายได้ที่ได้รับต่อเดือนในครอบครัว	
	น้อยกว่า 5,000	61 (69.3)
	5,001 – 10,000	18 (20.5)
	10,001 – 15,000	7 (7.9)
	มากกว่า 15,001	2 (2.3)
8	โรคประจำตัว	
	ไม่มี	53 (60.2)
	มี ระบุ	35 (39.8)
	ความดันโลหิตสูง	8 (9.1)
	เบาหวาน	4 (4.5)
	ไทรอยด์, เบาหวาน	3 (3.4)
	ลมชัก	1 (1.1)
	หัวใจ	2 (2.3)
	ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง	5 (5.7)
	ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, เบาหวาน	5 (5.7)
ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน	7 (8.0)	
9	งานอาชีพหลัก	
	เพาะปลูก (ทำเอง)	83 (94.3)
	เพาะปลูก (รับจ้าง)	5 (5.7)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
10	ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไร เป็นหลัก	
	ทำไร่	2 (2.3)
	ทำสวน	12 (13.6)
	ทำสวน	12 (13.6)
11	ประสบการณ์การทำงาน (ปี)	
	น้อยกว่า 2 ปี	2 (2.3)
	3 - 4 ปี	10 (11.3)
	มากกว่า 4 ปี	76 (86.4)
12	ความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ครั้ง/ปี)	
	น้อยกว่า 2 ครั้ง/ปี	66 (75.0)
	3 - 4 ครั้ง/ปี	9 (10.2)
	มากกว่า 4 ครั้ง/ปี	13 (14.8)
13	รูปแบบการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	
	แบบฉีด/พ่น	48 (54.5)
	แบบหว่านปุ๋ย	40 (45.5)
14	ประเภทของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นิยมใช้	
	สารพิษฆ่าแมลง	11 (12.5)
	สารเคมีป้องกันโรคพืช	33 (37.5)
	สารพิษกำจัดศัตรูพืช	44 (50.0)
15	เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (เป็นผู้ผสมสารเคมี)	
	ใช่	25 (28.4)
	ไม่ใช่	63 (76.6)
16	เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น)	
	ใช่	52 (59.1)
	ไม่ใช่	36 (40.9)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
17	ได้รับการอบรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	
	เคย	65 (73.9)
	ไม่เคย	23 (26.1)
18	เคยได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	
	เคย	84 (95.5)
	ไม่เคย	4 (4.5)
19	ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งใด (วิทยุ)	
	ใช่	13 (14.8)
	ไม่ใช่	75 (85.2)
20	ผลการตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีลินเอสเตอเรส	
	ปกติ	17 (19.3)
	ปลอดภัย	22 (25.0)
	มีความเสี่ยง	37 (42.1)
	ไม่ปลอดภัย	12 (13.6)
รวมทั้งหมด		88 (100.0)

ส่วนที่ 2 ความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

ความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 94.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.1 ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามข้อ 1 สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ ทางการหายใจ ทางปาก

ทางผิวหนัง ถูกร้อยละ 100 รองลงมาตอบคำถามข้อ 2 การเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรอ่านฉลากก่อนซื้อ และก่อนใช้งานทุกครั้ง ถูกร้อยละ 100 ตอบข้อคำถามข้อ 7 ภาชนะบรรจุสารเคมีใช้หมดแล้วควรนำกลับไปใช้บรรจุน้ำ หรือสิ่งอื่น ๆ เพื่อความปลอดภัย ถูกร้อยละ 86 และตอบคำถามข้อ 10 ควรจัดเก็บอุปกรณ์ และสารเคมีให้พ้นมือเด็กทันทีหลังการฉีดพ่นทุกครั้ง ถูกร้อยละ 98.8

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จำแนกรายข้อ และภาพรวม (n = 88 คน)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร	ตอบถูก		ระดับ ความรู้
		จำนวนคน	ร้อยละ	
ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีของเกษตรกร				
1.	สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ ทางการหายใจ ทางปาก ทางผิวหนัง	88	100	
2.	การสูบบุหรี่และการรับประทานอาหารในขณะที่ทำการฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืช จะทำให้ร่างกายได้รับสารเคมีเพิ่มมากขึ้น	84	95.5	
3.	หากหัวฉีดอุดตันควรล้างด้วยน้ำสะอาด และใช้ปากเป่าเศษสิ่งสกปรกออก	84	95.5	
ความรู้เกี่ยวกับอันตรายและพิษของสารเคมี				
4.	การทำลายภาชนะที่ใส่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว ควรกำจัดโดยการเผากลางแจ้ง	80	90.9	
5.	การผสมสารเคมีไม่จำเป็นต้องใช้ตามที่ฉลากกำหนด สามารถใช้ปริมาณที่มากกว่า เพราะจะได้เห็นผลเร็ว	78	88.6	
6.	ขณะทำการฉีดพ่นสารเคมี ควรให้บุคคลที่อยู่ในสถานะนั้น ออกจากบริเวณที่ทำการฉีดพ่น	87	98.9	
ความรู้ด้านการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมี				
7.	การเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรอ่านฉลากก่อนซื้อ และก่อนใช้งานทุกครั้ง	88	100	
8.	หลังจากฉีดพ่นสารเคมีทุกครั้ง ควรอาบน้ำชำระร่างกายด้วยสบู่ทันที	86	97.7	
ความรู้เกี่ยวกับการจัดเก็บสารเคมีศัตรูพืช				
9.	ภาชนะบรรจุสารเคมีใช้หมดแล้วควรนำกลับไปใช้บรรจุน้ำ หรือสิ่งอื่น ๆ เพื่อความประหยัด	86	97.7	
10.	ควรจัดเก็บอุปกรณ์ และสารเคมีให้พ้นมือเด็กทันทีหลังการฉีดพ่นทุกครั้ง	87	98.9	
ภาพรวม ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร				
0 – 3	คะแนน (มีความรู้ระดับต่ำ)	1	1.1	ต่ำ
4 – 7	คะแนน (มีความรู้ระดับปานกลาง)	4	4.6	ปานกลาง
8 – 10	คะแนน (มีความรู้ระดับสูง)	83	94.3	สูง
Min = 0, Max = 10 , Mean = 2.93, S.D. = 0.295				

ส่วนที่ 3 ทศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
 ทศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทศนคติระดับสูง ร้อยละ 94.3 และระดับปานกลาง 5.7 ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.5 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรปฏิบัติตามคำแนะนำที่ระบุไว้บนฉลากอย่างเคร่งครัด เพื่อลด

อันตรายที่จะได้รับจากสารเคมี รองลงมาร้อยละ 79.5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะอาจจะทำให้ไม่สบาย และร้อยละ 78.4 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าระหว่างฉีดพ่นสารเคมีควรยืนอยู่เหนือลมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้สารเคมีพัดเข้าสู่ร่างกาย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับทศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร (n = 88 คน)

ข้อ	ทศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร	จำนวนคน (ร้อยละ)				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นสารเคมีที่ต้องสัมผัสเป็นประจำจนเกิดความเคยชิน จึงไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	6 (6.8)	1 (1.1)	9 (10.2)	16 (18.2)	56 (63.6)
2	ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีการฉีด หรือพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	64 (72.7)	22 (25.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (1.1)
3	ควรปฏิบัติตามคำแนะนำที่ระบุไว้บนฉลากอย่างเคร่งครัด เพื่อลดอันตรายที่จะได้รับจากสารเคมี	77 (87.5)	9 (10.2)	0 (0.0)	2 (2.3)	0 (0.0)
4	เสื้อผ้าที่ใส่หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้ว จำเป็นต้องแยกซัก	2 (2.3)	2 (2.3)	0 (0.0)	20 (22.7)	64 (72.7)
5	การฉีดพ่นสารเคมีในปริมาณมาก ทำให้ได้ผลผลิตที่ดี	2 (2.3)	6 (6.8)	12 (13.6)	15 (17.0)	53 (60.2)
6	ระหว่างฉีดพ่นสารเคมีควรยืนอยู่เหนือลมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้สารเคมีพัดเข้าสู่ร่างกาย	69 (78.4)	15 (17.0)	2 (2.3)	1 (1.1)	1 (1.1)
7	เสื้อผ้า หน้ากาก ถุงมือ และแว่นตา เมื่อใช้แล้วไม่ต้องทำความสะอาดเพียงแค่นำไปตากแดดให้แห้ง	1 (1.1)	0 (0.0)	6 (6.8)	13 (14.8)	68 (77.3)
8	ภาชนะบรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้วสามารถล้างนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้	1 (1.1)	3 (3.4)	3 (3.4)	14 (15.9)	67 (76.1)
9	การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำเกษตรกรรมเป็นเรื่องง่าย ๆ ใครก็ใช้ได้	2 (2.3)	7 (8.0)	9 (10.2)	23 (26.1)	47 (53.4)
10	หลังจากทำการเกษตรและใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะอาจจะทำให้ไม่สบาย	3 (3.4)	7 (8.0)	0 (0.0)	8 (9.1)	70 (79.5)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ภาพรวมระดับทัศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร	จำนวน	ร้อยละ	ระดับทัศนคติ
10 - 22 คะแนน (มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ)	0	0.0	ต่ำ
23 - 35 คะแนน (มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง)	5	5.7	ปานกลาง
36 - 50 คะแนน (มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง)	83	94.3	สูง
Min = 10, Max = 50, Mean = 2.94, S.D. = 0.233			

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการพฤติกรรมการป้องกันระดับที่สูง ร้อยละ 87.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 1.1 ซึ่งผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.6 มีพฤติกรรมก่อน

ใช้สารเคมี โดยการเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีฉลากถูกต้องมีเครื่องหมายแสดงค่าเตือนซื้อสารเคมีเลขทะเบียนวัตถุทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมขณะใช้สารเคมี โดยการทำสวมเสื้อแขนยาว/กางเกงขายาวทุกครั้ง ร้อยละ 97.7 และมีพฤติกรรมหลังใช้สารเคมี ในแยกเสื้อผ้าที่ใช้พ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกับเสื้อผ้าอื่น ๆ ทุกครั้ง ร้อยละ 93.2

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช (n = 88 คน)

ข้อ	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช	จำนวนคน (ร้อยละ)				
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติเกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
พฤติกรรมก่อนใช้สารเคมี						
1	ท่านอ่านรายละเอียดที่ฉลากภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนซื้อ	84 (95.5)	1 (1.1)	3 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
2	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำที่ฉลากกำหนดไว้	85 (96.6)	3 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3	ท่านใช้วัสดุหรือไม้คนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้เข้ากัน	87 (98.9)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
4	เข้าพื้นที่ศึกษาทิศทางลมก่อนการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	85 (96.6)	1 (1.1)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
5	เลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีฉลากถูกต้องมีเครื่องหมายแสดงค่าเตือนซื้อสารเคมีเลขทะเบียนวัตถุ	85 (96.6)	3 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	ทัศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร	จำนวนคน (ร้อยละ)				ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
พฤติกรรมขณะใช้สารเคมี						
6	ท่านใช้หน้ากากอนามัยขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	81 (92.0)	6 (6.8)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
7	ท่านสวมถุงมืออย่างต่อเนื่อง	82 (93.2)	5 (5.7)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
8	ท่านสวมเสื้อแขนยาว/กางเกงขายาว	86 (97.7)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9	ท่านไม่รับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำในบริเวณที่ฉีดพ่น	84 (95.5)	3 (3.4)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
10	ท่านยืนอยู่เหนือลมขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	85 (96.6)	1 (1.1)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
พฤติกรรมหลังใช้สารเคมี						
11	ท่านล้างภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว	71 (80.7)	12 (13.6)	4 (4.5)	1 (1.1)	0 (0.0)
12	ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	81 (92.0)	5 (5.7)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
13	ท่านเปลี่ยนชุดที่สวมใส่หลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที	77 (87.5)	7 (8.0)	4 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
14	ท่านแยกเสื้อผ้าที่ใช้พ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกับเสื้อผ้าอื่น ๆ	82 (93.2)	4 (4.5)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
15	ท่านแยกเก็บภาชนะและอุปกรณ์ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	81 (92.0)	5 (5.7)	2 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
ภาพรวมระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช		จำนวนคน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม		
15 - 34 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ)		1	1.1	ต่ำ		
35 - 54 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง)		11	12.5	ปานกลาง		
55 - 75 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง)		77	87.5	สูง		
Min =15, Max =75, Mean = 2.97, S.D. = 0.146						

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ภาพรวมระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช	จำนวนคน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม
ภาพรวมระดับพฤติกรรมก่อนใช้สารเคมี			
5 - 11 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ)	0	0.0	ต่ำ
12 - 18 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง)	6	6.8	ปานกลาง
19 - 25 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง)	82	93.2	สูง
Min = 18, Max = 25, Mean = 2.98, S.D. = 0.106			
ภาพรวมระดับพฤติกรรมขณะใช้สารเคมี			
5 - 11 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ)	0	0.0	ต่ำ
12 - 18 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง)	5	5.7	ปานกลาง
19 - 25 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง)	83	94.3	สูง
Min = 15, Max = 25, Mean = 2.96, S.D. = 0.182			
ภาพรวมระดับพฤติกรรมหลังใช้สารเคมี			
5 - 11 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ)	1	1.1	ต่ำ
12 - 18 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง)	0	0.0	ปานกลาง
19 - 25 คะแนน (มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง)	87	98.9	สูง
Min = 10, Max = 25, Mean = 2.97, S.D. = 0.149			

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติ กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า ด้านความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.475 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในระดับต่ำ อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.423

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า ด้านทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.176 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.307 ดังตารางแสดง

ตารางที่ 5 แสดงหาความสัมพันธ์ความรู้และทัศนคติ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman's (r_s)					
	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช					
	พฤติกรรมก่อนใช้สารเคมี		พฤติกรรมขณะใช้สารเคมี		พฤติกรรมหลังใช้สารเคมี	
	(r_s)	P - value	(r_s)	P - value	(r_s)	P - value
ความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.475**	0.00	0.105	0.332	0.423**	0.00
ทัศนคติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.176**	0.00	0.307**	0.00	- 0.045	0.348

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

การแปรผลจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ต่ำกว่า 0.30 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก 0.30 - 0.50 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 0.50 - 0.70 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 0.70 - 0.90 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง 0.90 - 1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

อภิปราย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า เกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ช่วง 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย น้อยกว่า 5,000 บาท มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ทำนา และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 4 ปี รูปแบบการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะใช้แบบฉีด/พ่น โดยใช้สารพิษกำจัดศัตรูพืช และเคยได้รับการอบรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งจากผลการวิจัยสอดคล้องกับผลงานวิจัยของยลดา เข็มศรีรัตน์ ศึกษาเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาขาม ตำบลห้วยยาง อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ช่วงอายุ 51-60 ปี (S.D. = 11.08) ระดับการศึกษา คือ ประถมศึกษา สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ ใช้สารเคมีทำการเกษตร 6-10 ปี โดยรูปแบบการใช้ คือ แบบฉีดพ่น⁽⁵⁾

เมื่อพิจารณาในด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ซึ่งสามารถอภิปรายในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

ด้านความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สนาน ผดุงศิลป์ ศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลวังสรรพรส อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาก คิดเป็นร้อยละ 65.25 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.62 และระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.13 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นการอธิบายถึงความสอดคล้องได้ว่าการป้องกันและกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีที่ใช้แล้วอย่างถูกวิธีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง

ด้านทัศนคติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จารวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และคณะ การศึกษาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านห้วยสามขา ตำบลทัพวัน อำเภอนครหลวง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.2 และมีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.8 ตามลำดับ⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นการอธิบายถึงความสอดคล้องได้ว่าความรู้มีผลต่อทัศนคติและส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ทั้งพฤติกรรมการป้องกันตนเองก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร และพฤติกรรมการป้องกันตนเองหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการปฏิบัติเป็นประจำ มีความรู้ และความเข้าใจในการใช้สารเคมีเป็นอย่างดี ส่งผลทำให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาวดี แหยมคง และคณะ การศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีในการป้องกัน และกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลโพทะเล อำเภอพะเหล จังหวัดพิจิตร พบว่า พฤติกรรมการใช้สารเคมีในการป้องกันและกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับเหมาะสมมาก พฤติกรรมการป้องกันตนเองก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อยู่ในระดับเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 82.53 พฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อยู่ในระดับ

เหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 97.70 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอยู่ในระดับเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 80.91 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นการอธิบายความสอดคล้องได้ว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอาจเนื่องมาจากความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีของเกษตรกร มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีทางการเกษตร พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาวดี แหยมคง และคณะ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร⁽⁸⁾

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีของเกษตรกร มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีทางการเกษตร พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วันปิติ ธรรมศรี และคณะ ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทาวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เกษตรกรมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง แต่ยังมี การนำสารเคมีมาใช้เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ไปวางแผนแก้ไขปัญหการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น การใช้สารชีวภาพหรือการกำจัดศัตรูพืชวิธีอื่นที่สะดวกและรวดเร็วและไม่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาโดยการเปรียบเทียบ ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร ในกลุ่มเกษตรกรที่เคยได้รับการตรวจเลือดหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส และกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการตรวจเลือดหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอำนวยความสะดวกช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Types of toxic substances 2018. [Internet], [cited 2022 January 24]. Available from <https://siamrath.co.th/n/31128>. (in Thai)
2. Office of Agriculture and Cooperatives, Lam-pang Province. Basic information of Lampang Province 2021. [Internet], [cited 2022 January 24]. Available from <http://www.korsorlampang.net/download-data.php?id=11>. (in Thai)
3. Ban Pa Khrai Health Promoting Hospital. Food safety training project far away from the Lampang project 2021. (Extended document) (in Thai)
4. Ekakul T. Research methodology in behavioral sciences and social sciences. Second Edition. Ubon Ratchathani : Typography; 2001. (in Thai)
5. Khemsrirat Y. A study of pesticide use behavior of rice farmers. Sakon Nakhon : Sakon Nakhon Public Health Office; 2018. (in Thai)
6. Phadungsil S. Farmers' Knowledge and behaviours in the use of insecticides, Wang sapparot sub-district, Khlung district, Chanthaburi province. Master of Public Administration Public and Private Management Program, Chonburi : Burapha University 2013. (in Thai)
7. Tritipsombut J, Gabklang P, Boonkerd S, Oapsuwan A. The Study of Knowledge, Attitudes and Pesticide Usage Behaviors among the Agricultural Workers at Huay Sam Kha Village, Tub Ruang Sub-district, Phra Thong Kum District, Nakhon Ratchasima Province. Srinagarind Med J 2014;29 (5) : 429-34. (in Thai)
8. Yaemkong S, Nguyen Ngoc T, Kotom P, Jaipong P, Noinumsai P, Yaemkong S, et al. The Study on Farmers' Knowledge and Behavior in Using of Chemicals for Protection and Pest Elimination in Pho Thale Sub-district, Pho Thale District, Phichit Province. Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School, Pibulsongkram Rajabhat University 2018;12 (2) :444-54. (in Thai)
9. Hinkle, D.E, William, W. and Stephen G. J. (1998). Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th ed. New York : Houghton Mifflin.
10. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York : McGraw Hill Book Co; 1976.
11. Thammasri W, Phromuthai S, Busayarat W, Salangam S. Knowledge, attitude and chemical insecticide use behavior of corn farmers in Sriratana district, Sisaket province. Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal 2021;7 (2) :71-81. (in Thai)
12. Best, J. W. Research in education (4th ed.). New Jersey : Prentice Hall; 1981

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดแม่ฮ่องสอน

The Effects of health promotion program on prevention of new tobacco smokers in one higher education institute, Mae Hong Son province

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล¹

Anavin Phattharaphakinworakun¹

ปรภัท คงศรี¹

Poraphat Khongsri¹

สมหมาย กล้าณรงค์²

Sommai Klanarong²

¹ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

¹ Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

² Mae Hong Son Provincial Public Health Office.

Received : January 6, 2023 Revised : January 12, 2023 Accepted : February 16, 2023

บทคัดย่อ

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนทั่วโลกมีการสูบบุหรี่และเสี่ยงต่อการพึ่งพาสารนิโคตินเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ทำให้เกิดโรครตามมา การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนจำนวน 70 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงธันวาคม 2563 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม อยู่ในระดับมาก และเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value < 0.05$) และมีความพึงพอใจในระดับมาก ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ การออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มเยาวชนทำให้ผลของการเข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ โดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มเยาวชน และครั้งต่อไปควรมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ของกลุ่มเยาวชนได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ, นักสูบบุหรี่หน้าใหม่, สถาบันอุดมศึกษา, เยาวชน

Abstract

The situation of smoking behavior among global adolescent is increasing, and there is a risk of relying on Nicotine in cigarettes. Smoking is a health risk behavior that causes the disease. The objective to study the effect of health promotion programs on preventing new smokers in higher education institutions. This research is quasi-experimental one group the participants were 70 students. Data were collected using questionnaires distributed from June to December 2020. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, numbers, percentages, averages, standard deviations, and inferential statistics, viz., paired t-tests comparing the average scores between pre-test and post-test in knowledge, attitudes, and behaviors. Results revealed that the average scores at post-test was greater than those at pre-test ($P - Value < 0.05$) and showed a higher level of satisfaction with the health promotion program. The recommendation for further study is the design of activities according to the adolescent, which results in participant satisfaction and affects smoking prevention behavior. It is on the basis of the self-efficacy perception of the adolescents, and there should be activities accord with the ethnic group diversity for the future. Which indicates that the program is valuable for developing health-promoting behaviors to prevent new smokers

Keywords : Health Promotion Program, new tobacco smokers, Higher Education Institute, youth

บทนำ

จากรายงาน World Youth Report ค.ศ. 2020 ขององค์การสหประชาชาติ มีจำนวนเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 1.21 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.5 ของประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ และจากรายงาน Global Youth Tobacco Survey ค.ศ. 2021 สถานการณ์การสูบบุหรี่และการพึ่งพาสารนิโคตินของเยาวชนทั่วโลก มีจำนวนประมาณ 200 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 16.6 จากจำนวนเยาวชนทั่วโลก⁽²⁾ และมีการใช้อย่างต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่⁽³⁾ ในอาเซียน มีเยาวชนผู้สูบบุหรี่ ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 65 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 36.3 รองลงมาคือ ประเทศฟิลิปปินส์ จำนวน 16 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 23.8 ประเทศเวียดนาม จำนวน 15 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 22.5 และประเทศไทย จำนวน 10 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ตามลำดับ⁽⁴⁾ และประเทศไทยพบอัตราการความชุกเยาวชนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 21.1 ในระดับภูมิภาคที่นิยมสูบบุหรี่และการพึ่งพาสาร

นิโคติน สูงสุดคือ ภาคกลางร้อยละ 27.3 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 19.2 ภาคอีสาน ร้อยละ 9.3 และภาคเหนือ ร้อยละ 8.0 ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับสถาบันอุดมศึกษา⁽⁴⁻⁶⁾

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพไปตลอดชีวิต ทั้งระยะสั้นและระยะยาว⁽⁷⁻⁸⁾ โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจและปอด โดยพบเยาวชนที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 37.0 อาทิเช่น มะเร็งปอด หลอดลมโป่งพอง เป็นต้น⁽⁴⁾ รวมถึงผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง มือสามที่ทำให้เกิดผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยนั้นด้วย ปัจจัยสำคัญต่อการเริ่มสูบบุหรี่หน้าใหม่ของเยาวชน ได้แก่ทัศนคติของการสูบบุหรี่ ความรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิเสธบุหรี่เพื่อนและพ่อแม่บุคคลในครอบครัว⁽⁹⁻¹⁰⁾ ซึ่งครอบครัว เยาวชนได้รับการยอมรับจากครอบครัวและอาศัยในครอบครัวที่มีการสูบบุหรี่ และการยอมรับ

ในกลุ่มเพื่อนที่มีการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นบทบาทต่อการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำตามมา ถ้าเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุนี้จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่มากกว่าเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การช่วยเหลือเลิกสูบบุหรี่หรืออาจทำได้ยากมากขึ้นกว่าวัยอื่น ๆ และนำไปสู่อาการติดบุหรี่อย่างหนัก ถ้าหยุดสูบบุหรี่จะเกิดอาการถอนบุหรี่ เช่น หงุดหงิด ไม่สบายใจ นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ อารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น⁽¹⁰⁻¹¹⁾

จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นจังหวัดที่มีเยาวชนมีการสูบบุหรี่สูงสุด 1 ใน 3 ของจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 15.1 ในปี พ.ศ. 2564⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นเยาวชนที่อยู่ในสถาบันการศึกษาทุกระดับ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ รวมถึงเป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง มือสาม นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ ด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และการประมาณการจำนวนเยาวชนในสถาบันการศึกษาที่สูบบุหรี่ พบร้อยละ 5.0 ของจำนวนเยาวชนทั้งหมด การประมาณการอาจมีนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ หรือมือสองที่จะเกิดขึ้นได้⁽⁴⁾ สถาบันอุดมศึกษาเป็นหนึ่งในสถานที่ที่มีโอกาสทำให้นักสูบบุหรี่หน้าใหม่เกิดขึ้น หากไม่มีการป้องกัน จากการศึกษา งานวิจัย พบตัวแปรที่ส่งผลต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโทษ ความรุนแรง สารพิษของบุหรี่ ทศคติต่อการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด^(10,12-13) สามารถนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมโปรแกรมได้ จากการศึกษา งานวิจัย ผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านระบบออนไลน์ที่มีต่อความรู้ ทศคติและพฤติกรรม ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ พบว่า ความรู้ ทศคติ และความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ หลังเข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁴⁾ และกิจกรรมโปรแกรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนสามารถดำเนินกิจกรรมโปรแกรมโดยการมีส่วนร่วมของสถานศึกษา บุคคลใกล้ชิด และชุมชน เพื่อเป็นฐานสู่การป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ได้^(10,12) โดยบทบาทที่

สำคัญในการป้องกันคือ การให้สูขศึกษา การส่งเสริมพฤติกรรมตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ การเพิ่มองค์ความรู้ และปรับเปลี่ยนทัศนคติ เพื่อป้องกันตนเองจากการเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา^(10,15) มี การศึกษา งานวิจัย ของโปรแกรม ความรู้ ทศคติ และการรับรู้ตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่กลุ่มเด็กที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทศคติ และการรับรู้ตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾ จากโปรแกรมดังกล่าวจะเห็นว่าสามารถเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดี ต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนได้ ซึ่งเป็นปัจจัยการป้องกันที่สำคัญจากการเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ ของเยาวชน เพราะช่วงอายุดังกล่าวมีความเปราะบาง มีความเสี่ยงต่อการเริ่มที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งผลส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาของร่างกายตามช่วงวัย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะให้ประสพผลสำเร็จได้ ต้องมีความรู้เพื่อช่วยเสริมสร้าง การรับรู้ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีองค์ประกอบเกี่ยวกับความเชื่อที่สามารถนำไปใช้กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เกี่ยวกับสุขภาพได้ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ที่เกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์ที่ไม่เหมาะสม สร้างการรับรู้ และความตระหนักเกี่ยวกับ ความเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่ผู้ได้รับจะนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพิษภัย ที่จะได้รับ หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็จะส่งผลต่อการเกิดที่มาจากการสูบบุหรี่นั่นเอง^(10,17) และที่สำคัญจะต้องมาจากการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) เพราะการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีความเชื่อว่า ตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เพราะหากบุคคลไม่รับรู้ความสามารถของตนเอง ก็จะขาดศักยภาพในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีส่วนช่วย

การพัฒนา สนับสนุนให้เกิดทัศนคติดี ซึ่งก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีได้ด้วยเช่นกัน^(10,18) ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับนอกจากไม่ทำให้นักสูบบุหรี่หน้าใหม่เกิดขึ้นในกลุ่มเยาวชนแล้ว ยังทำให้มีแกนนำเยาวชนที่เข้มแข็งและเป็นต้นแบบที่ดีในสถาบันการศึกษาและขยายผลให้กับชุมชน และสถาบันการศึกษาในพื้นที่อื่นได้อีกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยใช้กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย จำนวน 7 เดือน (มิถุนายน – ธันวาคม 2563) โดยมีวิธีการดำเนินการอยู่ 3 ระยะดังต่อไปนี้
 ระยะที่ 1. ขั้นก่อนดำเนินการ การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำรวจ รวบรวมข้อมูล และเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการกิจกรรม ระยะที่ 2. ขั้นดำเนินการ ดำเนินกิจกรรมตามแผนการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที และ ระยะที่ 3 ขั้นหลังดำเนินการ เก็บข้อมูลหลังดำเนินการ วิเคราะห์ผล และสรุปผลดำเนินการ โดยมีรูปแบบการดำเนินงานวิจัยดังนี้

Q1P..... Q2

แผนภาพการทดลอง

Q1	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Q2
	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	

ความหมายสัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

Q1 Q2 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

K1 – K8 หมายถึง จำนวนกิจกรรม 8 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลาในการสอน 50 นาที

P หมายถึง โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่

โดยมีแผนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเอง ดังนี้

P1 หมายถึง กิจกรรม การค้นหาศักยภาพแกนนำในสถาบันอุดมศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น รมรงค์ให้เกิดความตระหนักต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ใช้ระบบออนไลน์ ในการสำรวจข้อมูลตามชั้นปี

P2 หมายถึง กิจกรรม ต้นไม้ชีวิต มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้ตนเองจากบุคคลต้นแบบ โดยใช้รูปแบบผสมผสาน ผ่านระบบออนไลน์ และ on site ร่วมกัน

P3 หมายถึง กิจกรรม เกมส์ ชัยพนิต พิษิตความเสี่ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ในการรับรู้ความสามารถตนเองในความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่) โดยใช้รูปแบบผสมผสาน ผ่านระบบออนไลน์ และ on site ร่วมกัน

P4 หมายถึง กิจกรรม สายน้ำ สายรหัส มีวัตถุประสงค์เพื่อการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ป้องกันความเสี่ยงในการเป็นนักสูบบุหรี่ โดยใช้รูปแบบผสมผสาน ผ่านระบบออนไลน์ และ on site ร่วมกัน

P5 หมายถึง กิจกรรม ทอริ์นาโดสุขภาพ (นวัตกรรมสื่อโดมิโน่ ความรู้) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ผลกระทบ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้รูปแบบ on site แยกกลุ่มย่อย

P6 หมายถึง กิจกรรม วิเคราะห์สื่อวิเคราะห์เสี่ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้ทัศนคติ ในสังคมต่อการป้องกันเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่ ผ่านบนสื่อสังคมออนไลน์

P7 หมายถึง กิจกรรม ขยายผลนักสืบแกนนำ มีวัตถุประสงค์เพื่อขยายผลการรับรู้ต่อตนเองและในสังคมผ่านสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย

P8 หมายถึง กิจกรรม บทสรุปกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้ ป้องกันตนเองจากการเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่ผ่านบนสื่อสังคมออนไลน์ร่วมกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกประชากร 1.เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน ที่ผ่านการคัดกรองการไม่สูบบุหรี่ จำนวนประชากร 500 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) แล้วนำมาประมาณค่าสัดส่วน (Proportional allocation) จากนั้นนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 83 ราย มีเกณฑ์คัดเข้า คือ สามารถอ่านภาษาไทย เขียนหนังสือ และฟังภาษาไทยได้ดี มีความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ มีบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน มีหรือไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ และไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะโครงการ และเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตลอดระยะเวลาโครงการ โดยผ่านเกณฑ์คัดเลือกดังกล่าวทั้งหมด จำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทำกิจกรรม ได้แก่ โปรแกรมแผนการสร้างเสริมสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ กำลังศึกษา โรคประจำตัว ศาสนา รายรับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ของ ศิริพร⁽¹⁴⁾ จำนวน 22 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนและแบ่งระดับในแบบสอบถามส่วนความรู้คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดย 0-7 คะแนน มีระดับความรู้น้อย 8-14 คะแนน มีระดับความรู้ปานกลาง และ 15-22 คะแนน มีระดับความรู้มาก

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ของ ไดอาน่า และคณะ⁽¹⁵⁾ จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนและแบ่งระดับในแบบสอบถามส่วนทัศนคติคือ หากตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน โดย 12-28 คะแนน มีทัศนคติระดับน้อย 29-45 คะแนน มีทัศนคติระดับปานกลาง และ 46-60 คะแนน มีทัศนคติระดับมาก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ของ เศษวารัช และคณะ⁽¹⁶⁾ และ แจนซ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนและแบ่งระดับในแบบสอบถามส่วนพฤติกรรมโดยรวมคือ หากไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้ 4 คะแนน และปฏิบัติสม่ำเสมอเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน โดย 12-28 คะแนน มีพฤติกรรมการปฏิบัติระดับน้อย 29-45 คะแนน มีพฤติกรรมการปฏิบัติระดับปานกลาง และ 46-60 คะแนน มีพฤติกรรมการปฏิบัติระดับมาก และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่รายด้าน ได้แก่ ด้านการเลือกคบเพื่อน ด้านการ

หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ด้านการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และด้านการปฏิเสธ แต่ละด้านมีจำนวนด้านละ 3 ข้อ มีเกณฑ์คะแนนและแบ่งระดับ คือ หากไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้ 4 คะแนน และปฏิบัติสม่ำเสมอเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน โดย 3-7 คะแนน มีพฤติกรรมรายด้านระดับน้อย 8-12 คะแนน มีพฤติกรรมรายด้านระดับปานกลาง และ 13-15 คะแนน มีพฤติกรรมรายด้านระดับมาก

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยประยุกต์ใช้ของ กรมพลະ⁽¹⁹⁾ จำนวน 13 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนนและแบ่งระดับในแบบสอบถามส่วนความพึงพอใจ คือ ไม่พอใจเลย ให้ 1 คะแนน พอใจน้อยที่สุด ให้ 2 คะแนน พอใจน้อย ให้ 3 คะแนน พอใจปานกลาง ให้ 4 คะแนน พอใจมาก ให้ 5 คะแนน และพอใจมากที่สุด ให้ 6 คะแนน โดย 13-35 คะแนน มีความพึงพอใจระดับน้อย 36-58 คะแนน มีความพึงพอใจระดับปานกลาง และ 59-78 คะแนน มีความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความตรงของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรม และบุหรี จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) แล้วนำไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มเยาวชนที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการขออนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อมชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อนุมัติเลขที่ EC 63/017 วันที่รับรอง 1 พฤษภาคม 2563

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 และเพศชาย ร้อยละ 24.3 และส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 55.7 รองลงมาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 27.1 และชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 17.1 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.7 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 4.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 71.4 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 28.6 โดยส่วนใหญ่มีรายรับเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 68.6 รองลงมา 3,001-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 20.0 รายได้ 5,001 - 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 10.0 และ มากกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 1.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป (n = 70)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	17	24.3
หญิง	53	75.7
2. กำลังศึกษาระดับชั้นปี		
ปี 1	39	55.7
ปี 2	12	17.1
ปี 3	19	27.1
ปี 4	0	0.0
3. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	67	95.7
มีโรคประจำตัว	3	4.3
4. ศาสนา		
พุทธ	50	71.4
คริสต์	20	28.6
อิสลาม	0	0.0
5. รายรับเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	48	68.6
3,001 – 5,000 บาท/เดือน	14	20.0
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	7	10.0
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	1	1.4

2. ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เรื่องที่ตอบถูกมีคะแนนมากที่สุด คือ เรื่องการเลิกสูบบุหรี่ จะทำให้การทำงานของปอดดีขึ้นร้อยละ 5 หลังจากการหยุดสูบแล้ว 2-3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 95.7 รองลงมา

เรื่องล้างหน้าด้วยน้ำเย็นหรืออาบน้ำ จะช่วยลดอาการร่วนงอน ในช่วงที่เลิกบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 94.3 และ เรื่องการไม่เข้าไปในสถานที่หรือสถานการณ์ที่มีการสูบบุหรี่ จะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ คิดเป็นร้อยละ 92.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ ของความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ที่ตอบถูก หลังการเข้าร่วมโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา รายข้อ (n = 70)

ข้อ	ข้อความ	ตอบถูก	
		จำนวน	ร้อยละ
1	สารในบุหรี่ทำให้เกิดโทษแก่ร่างกาย คือ นิโคติน	45	64.3
2	โรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันในระยะเวลา นาน ๆ	40	57.1
3	การสูบบุหรี่มีผลทำให้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด	60	85.7
4	สารพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่และทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน คือ คาร์บอนไดออกไซด์	23	32.9
5	การสูบบุหรี่วันละ 1 - 2 มวนไม่น่าเป็นอันตรายต่อปอดและ หลอดลมได้	21	30.0
6	การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้ลดความอยากอาหาร	17	24.3
7	สารพิษในควันบุหรี่ จะไปเกาะจับติดกับตัวฟัน เหงือกและ เยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟันและเหงือก	27	38.6
8	ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่จะได้รับสารพิษจากบุหรี่มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่เอง	59	84.3
9	การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก	57	81.4
10	โรคหัดและไอเรื้อรังไม่ได้มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่	10	14.3
11	การสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคหอบหืด และภูมิแพ้ จะทำให้ อาการรุนแรงขึ้น	9	12.9
12	วันงดสูบบุหรี่โลก ตรงกับวันที่ 13 พฤษภาคม	34	48.6
13	สารนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกาย ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ	11	15.7
14	ควันหลงของบุหรี่หมายถึงควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ อันตรายจะน้อยกว่าวันแท้	8	11.4
15	การสูบบุหรี่ 1 มวน จะทำให้อายุสั้นลงประมาณ 12 นาที	5	7.1
16	ทาร์ เป็นสารที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองซึ่งเป็น สาเหตุของการไอ	17	24.3
17	หญิงที่แต่งงานกับชายที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอด มากกว่าหญิงที่แต่งงานกับชายที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า	20	28.6
18	การเลิกบุหรี่จะทำให้การทำงานของปอดดีขึ้นร้อยละ 5 หลังจากการหยุดสูบแล้ว 2-3 เดือน	67	95.7
19	ล้างหน้าด้วยน้ำเย็นหรืออาบน้ำ จะช่วยลดอาการง่วงนอน ในช่วงที่เลิกบุหรี่	66	94.3
20	กฎหมายบัญญัติว่าห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดในที่ชุมชนและ สถานที่ราชการ	43	61.4
21	การเคี้ยวหมากฝรั่งจะช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่ลงได้	29	41.4
22	การไม่เข้าไปในสถานที่หรือสถานการณ์ที่มีการสูบบุหรี่จะ ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้	65	92.9

$\bar{x} = 18.8, SD = 2.26, Min. = 9, Max. = 21$

3. ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ หลังการเข้าร่วม โปรแกรมฯ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เรื่องที่มี ทศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ เรื่องการสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าคุณเองเป็น ผู้ใหญ่ ร้อยละ 94.3 รองลงมา เรื่องการสูบบุหรี่ทำให้ไม่ ว่าง ร้อยละ 92.9 และ เรื่องการสูบบุหรี่ทำให้อ่านหนังสือ ได้นาน ร้อยละ 90.0 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ของทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่รายข้อ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริม สุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา รายข้อ (n = 70)

ข้อ	ข้อความ	ทัศนคติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม				
		จำนวน (ร้อยละ)				
		A	B	C	D	E
1	การสูบบุหรี่จะช่วยให้คลายเครียด และลดวิตกกังวลได้	5 (7.1)	5 (7.1)	5 (7.1)	5 (7.1)	50 (71.4)
2	การสูบบุหรี่จะทำให้สดชื่นสบาย ได้คุ้มค่างบเงินที่เสียไป	10 (14.3)	1 (1.4)	1 (1.4)	10 (14.3)	48 (68.6)
3	การสูบบุหรี่ช่วยให้สร้างความมั่นใจในตนเองได้	6 (8.6)	2 (2.9)	10 (14.3)	15 (21.4)	37 (52.9)
4	การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกมีอารมณ์สนุก	10 (14.3)	5 (7.1)	5 (7.1)	10 (14.3)	40 (57.1)
5	การสูบบุหรี่ทำให้ไม่ว่าง	2 (2.9)	1 (1.4)	1 (1.4)	1 (1.4)	65 (92.9)
6	การสูบบุหรี่สามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (14.3)	2 (2.9)	58 (82.9)
7	การสูบบุหรี่ทำให้อ่านหนังสือได้นาน	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.9)	5 (7.1)	63 (90.0)
8	การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้ใหญ่	1 (1.4)	1 (1.4)	1 (1.4)	1 (1.4)	66 (94.3)
9	การสูบบุหรี่ทำให้ดูเป็นคนที่น่าสนใจและชวนให้น่าสนใจ	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.9)	10 (14.3)	58 (82.9)
10	การสูบบุหรี่ช่วยให้ลดน้ำหนักได้	0 (0.0)	1 (1.4)	10 (14.3)	1 (1.4)	58 (82.9)
11	การสูบบุหรี่ทำให้เสริมบุคลิก ดูเก๋ชวนให้น่าสนใจ	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (7.1)	3 (4.3)	62 (88.6)
12	การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสมาคมกับเพื่อนฝูงได้เป็นอย่างดี	5 (7.1)	2 (2.9)	15 (21.4)	7 (10.0)	41 (58.6)

\bar{x} = 41.07, SD = 1.35, Min. = 12.0, Max. = 50.0

หมายเหตุ A หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง, B หมายถึง เห็นด้วย, C หมายถึง ไม่แน่ใจ, D หมายถึง ไม่เห็นด้วย, E หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเป็นนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเลือกคบเพื่อน ด้านการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น

ด้านการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และด้านการปฏิเสธมีระดับพฤติกรรม อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมรายด้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา (n = 70)

พฤติกรรมรายด้าน	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับพฤติกรรม รายด้าน
ด้านการเลือกคบเพื่อน	70	13.2	3.63	ระดับมาก
ด้านการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น	70	13.2	3.50	ระดับมาก
ด้านการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์	70	13.6	3.08	ระดับมาก
ด้านการปฏิเสธ	70	13.0	3.50	ระดับมาก

5. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา มีระดับความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 2.9 มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.8 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 4.3

และระดับน้อย ร้อยละ 2.9 มีระดับพฤติกรรมโดยรวมในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.9 และระดับน้อย ร้อยละ 2.9 และมีระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระดับมาก ร้อยละ 81.4 รองลงมาคือ ระดับน้อย ร้อยละ 18.6 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจ หลังการเข้าร่วม
โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่รุ่นใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา (n = 70)

ข้อความ	หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่		
ระดับมาก (15 - 22 คะแนน)	68	97.1
ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน)	2	2.9
ระดับน้อย (0-7 คะแนน)	0	0.0
$\bar{x} = 18.80, SD = 2.26, Min. = 9, Max. = 21$		
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่		
ระดับมาก (46-60 คะแนน)	65	92.8
ระดับปานกลาง (29-45 คะแนน)	3	4.3
ระดับน้อย (12-28 คะแนน)	2	2.9
$\bar{x} = 41.07, SD = 1.35, Min. = 12.0, Max. = 50.0$		
ระดับพฤติกรรมโดยรวมในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่		
ระดับมาก (46-60 คะแนน)	59	84.3
ระดับปานกลาง (29-45 คะแนน)	9	12.9
ระดับน้อย (12-28 คะแนน)	2	2.9
$\bar{x} = 53.00, SD = 3.43, Min. = 15.0, Max. = 60.0$		
ระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		
ระดับมาก (59-78 คะแนน)	57	81.4
ระดับปานกลาง (36-58 คะแนน)	0	0.0
ระดับน้อย (13-35 คะแนน)	13	18.6
$\bar{x} = 59.00, SD = 10.5, Min. = 17.0, Max. = 69.0$		

6. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้ มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($D=2.84, 95\% CI=1.92-3.91, t=5.83, p\text{-value}<0.01$) ทักษะ มีความแตกต่างของ

ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($D=10.91, 95\% CI=0.97-1.86, t=3.37, p\text{-value}<0.05$) และ พฤติกรรม มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($D=12.00, 95\% CI=-2.99-0.81, t=3.52, p\text{-value}<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของโปรแกรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 70)

โปรแกรมฯ	จำนวน	\bar{x}	SD	Mean difference	95% Ci	t	P - Value
ความรู้							
ก่อน	70	15.96	3.72	2.84	(-3.91) - 1.92	5.83	< 0.01
หลัง	70	18.80	2.26				
ทักษะ							
ก่อน	70	30.16	1.94	10.91	(-1.86) - 0.97	3.37	< 0.05
หลัง	70	41.07	1.35				
พฤติกรรม							
ก่อน	70	41.0	2.30	12.00	(-2.99) - 0.81	3.52	< 0.05
หลัง	70	53.0	3.43				

อภิปราย

จากการศึกษาพบว่า ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยมีความรู้เกี่ยวโทษของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนในความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²²⁾ และผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ที่มีต่อความรู้ของเยาวชน พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²³⁾ ส่วนทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ของเยาวชน พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการสู

บุหรีในปัจจุบันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความรู้ที่ สูงขึ้น (OR = 0.83, 95% CI 0.71-0.97) และในกลุ่ม เยาวชนที่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับ มาก คิดเห็นว่าหากเลือกคบเพื่อนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยง สูบบุหรี่ที่สูงขึ้น 3.77 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.15, 95% CI 1.28-3.61) ⁽²⁴⁾ และแตกต่างจากผล ของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ที่มีต่อทัศนคติของเยาวชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าไม่แตกต่างกัน ⁽²³⁾ และสอดคล้อง กับผลการศึกษา โปรแกรมการให้คำปรึกษาในทัศนคติ ของการช่วยเลิกบุหรี พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ⁽²⁵⁾ และยังมีความสอดคล้อง กับการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ใหม่ๆในเยาวชน โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่า เฉลี่ยคะแนนทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และยังส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการ สูบบุหรี่ใหม่ๆในเยาวชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ⁽²⁶⁾ ส่วนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับพฤติกรรมในการป้องกัน ตนเองทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของ โปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ใหม่ๆในเยาวชน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรมป้องกันการ สูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการ เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ⁽²⁶⁾ ส่วนความ พึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพ ของการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ และทักษะการให้ คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรีทางออนไลน์ในสถาบันการ ศึกษา ในแกนนำนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความพึง พอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของแกนนำ นักศึกษา และผู้รับการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรีทาง ออนไลน์ อยู่ในระดับมากที่สุด ⁽²⁷⁾ และผลของโปรแกรม

ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรม การเลิกบุหรีโดยเภสัชกรในร้านยา กรณีศึกษาร้านยาม หาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความพึง พอใจต่อการเลิกบุหรีและป้องกันการสูบบุหรี่ซ้ำ อยู่ใน ระดับปานกลางถึงมากอีกด้วย ⁽²⁸⁾ โดย ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่หน้า ใหม่ๆในเยาวชนมีนัยสำคัญทางสถิติในการเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลต่อเยาวชนหลังเข้าร่วมโปรแกรม เป็นผลมาจาก การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่นำ มาออกแบบกิจกรรมให้เยาวชนเกิดการรับรู้ต่อตนเอง ใน โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และสิ่ง ชักนำสู่การปฏิบัติ ในพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ บนหลักของการรับรู้ในความสามารถตนเองว่าพฤติกรรม ในการป้องกันการสูบบุหรี่ ด้านการเลือกคบเพื่อน การ หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และการปฏิเสธ โดยตนเองสามารถกระทำได้ถึงแม้ว่า จะอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ หรือแม้แต่ การได้รับควันบุหรีก็ตาม รวมทั้ง หลังเข้าร่วมเยาวชนมี ความพึงพอใจในกิจกรรมอยู่ในระดับที่สูง ซึ่งชี้ให้เห็น ว่า กระบวนการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสมและใช้ วิธีการหลากหลายมาผสมผสานกันในการทำกิจกรรมที่ ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ใหม่ๆของ เยาวชนได้อีกด้วยเช่นกัน

ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากระยะเวลา ดังกล่าวอยู่ในมาตรการการควบคุมการระบาดโรคโควิด 19 การรวมกลุ่มทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม ผู้วิจัยจึงแบ่งจำนวนผู้เข้าร่วมในการทำกิจกรรมออกเป็น สองรอบในการทำกิจกรรมวันและเวลาเดียวและปรับ เปลี่ยนกิจกรรมให้จากในห้องมาภายนอกห้องที่อากาศ ถ่ายเทได้ดี จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการส่งเสริมองค์ ความรู้โดยลดอุปกรณ์ที่ใช้ให้เหมาะสมกับสถานที่ตลอด ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากบางกิจกรรม ตรงกับเสาร์อาทิตย์หรือวันหยุด ทำให้เยาวชนเดินทาง กลับภูมิลำเนาบางส่วน อีกทั้งในพื้นที่ไม่มีสัญญาณ

อินเทอร์เน็ตที่เสถียร ทำให้ผู้วิจัยจะต้องทำกิจกรรมเพิ่มเติมรายบุคคลกับเยาวชนบางส่วนเพื่อไม่ให้กระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะดำเนินการวิจัยและให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมขาดหายไปน้อยมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา โดยส่งเสริมความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ มีผลการศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในกลุ่มเยาวชน จากหลักการทฤษฎี และการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัยกลุ่มเยาวชนทำให้ผลของการเข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อกิจกรรม และผลของโปรแกรม ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ โดยอยู่บนพื้นฐานหลักการของการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มเยาวชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในสถาบันอุดมศึกษา เป็นการทำกิจกรรมโดยจัดทำเป็นโปรแกรมให้เข้าร่วม และถึงแม้ว่าผลการศึกษาวิจัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมก็ตาม แต่กลุ่มตัวอย่างมาจากกลุ่มเยาวชนเพียงกลุ่มเดียวเท่านั้นทำให้ข้อมูลที่ได้อาจยังไม่สนับสนุนโปรแกรม และผลไม่ละเอียดลึกซึ้งพอมากกว่าการทำโปรแกรมที่มีกลุ่มเปรียบเทียบในบริบทคล้ายกัน ฉะนั้นหากดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปอาจต้องมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในบริบทพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ หากสามารถเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มเยาวชนแยกตามชาติพันธุ์ได้ ก็อาจทำให้ได้ข้อมูลที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อการทำแนวทางการป้องกันการพฤติกรรมสูบบุหรี่ รวมทั้งนำไปสู่การวางแผนงบประมาณโครงการ ในอนาคตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่หน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชนพื้นที่ชุมชนชาติพันธุ์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร บุคลากร และนักศึกษาทุกสาขา ทุกชั้นปี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน ที่ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการดำเนินงาน ขอขอบคุณกลุ่มเครือข่ายหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่สนับสนุนบุคลากรในการเป็นวิทยากร ขอขอบคุณ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยจังหวัดแม่ฮ่องสอน (FM 104 MHz) ที่ให้อุญเคราะห์ช่วงเวลาจัดรายการเกี่ยวข้องกับการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน ในช่วงรายการ วิทยุใสใจสุขภาพ และขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการวิจัยประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World youth report youth social entrepreneurship and the 2030 agenda. [Internet]. 2020 [cited 2023 January 10]. Available from : <https://www.un.org/development/desa/youth/wp-content/uploads/sites/21/2020/07/2020-World-Youth-Report-FULL-FINAL.pdf>
2. World Health Organization. Global youth tobacco survey (GYTS). [Internet]. 2022 [cited 2023 January 10]. Available from : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance>
3. Bailey S, Fankhauser K, Marino M, Schmidt T, Giebultowicz S, Ezekiel-Herrera D, et al. Smoking assessment and current smoking status among adolescents in primary care settings. *nicotine & tobacco research*. Nicotine Tob Res 2020;22 (11) : 2098-103.

4. Campaign for Non-Smoking Foundation. Smoking and youth : the smoking situation in ASEAN. [Internet]. 2021 [cited 2023 January 10]. Available from : <https://ashthailand.or.th/theme/home/cat/28>
5. National Statistical Office. Annual Report 2018. Bangkok, Thailand : national statistical office; 2018. p. 62
6. Yangyuen S, Mahaweerawat C, Thitisutthi S, Mahaweerawat U. Relationship between health literacy in substance use and alcohol consumption and tobacco use among adolescents, Northeast Thailand. *J Educ Health Promot* 2021;10 :120.
7. Muhanga M, Malungo J. The what, why and how of health literacy : a systematic review of literature. *Int J Health* 2017;5 :107-14.
8. Fleary S, Joseph P, Pappagianopoulos J. Adolescent health literacy and health behaviors : a systematic review. *J Adolesc* 2018;62 :116-27.
9. Palacheewa N, Thangkratok P. Digital technology : innovation for smoking prevention among children and adolescents in the twenty-first century. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2019;30 (2) :15-25. (in Thai)
10. Pongboriboon U, Rattanataporn R. Smoking in adolescents : the guidelines to build preventions. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23 (1) :6-13. (in Thai)
11. Vilanti A, Boulay M, Juon H-S. Peer, parent, and media influences on adolescent smoking by development stage. *Addict Behav*. 2011; 36 (1-2) :133-36.
12. Srisuriyawet R, Homsin P. Effects of school-based smoking initiation prevention program on tried smoking among early adolescents. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2015;27 (3) :50-67. (In Thai)
13. Watti J, Millner M, Siklósi K, Kiss H, Kelemen O, Pócs D. Smokers' engagement behavior on facebook : verbalizing and visual expressing the smoking cessation process. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022;19 (16) : 9983.
14. Poonruksa S. The effects of e-cigarette smoking cessation online program on knowledge, attitude, and intention to quit among student smokers of a private university. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand*. 2022;9 (1) :20-38. (In Thai)
15. Stewart D, Adams C, Cano M, Correa Fernández V, Li Y, Waters A. Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. *Am J Public Health* 2013;103 :e439.
16. Keshavarz H, Jafari A, Khami R, Virtanen J. (2013). Passive smoking and attitudes towards tobacco control programs among Iranian dental students. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14 (6) : 3635-9.
17. Janz K, Becker H. The health belief model : a decade later. *Health Educ Q*. 1984;11 (1) :1-47.
18. Kaewsutha N, Auncheun P, Somsuay P, Weerakul N. The effect of positive to baccorefusal program in dental school program of primary school students, Bangkok. *Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences)*. 2017;9 (17) :53-68. (In Thai)

19. Department of Physical Education. Satisfaction with participation in recreational programs of students in Grade 1. [Internet]. 2022 [cited 2023 January 17]. Available from : <https://www.dpe.go.th/research-preview-3>
20. Palacheewa N, Thangkratok P. Effects of an Internet-Based Smoking Prevention Program on Students with Non-Formal and Informal Education. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2022;14 (1) :256-72. (In Thai).
21. Wongpanarak N, Wongpiriyayothar A. The Effects of a Self-efficacy Perception Promoting Program for Nursing Students on Knowledge about Tobacco and Self-efficacy to Promote Smoking Cessation. *Nursing Journal CMU* 2022;49 (2) :140-52. (In Thai)
22. Latsin W, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Benjakul S. Effects of The Smoking Cessation Program Applying Self-Efficacy and Social Support on Risk Group of Cardiovascular Disease at Surat Thani Province. *Thai Journal of Health Education* 2021;43 (2) :134-49. (In Thai).
23. Poonruksa S. The Effects of E-cigarette Smoking Cessation Online Program on Knowledge, Attitude, and Intention to Quit among Student Smokers of a Private University. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand* 2022;9 (1).20-38. (In Thai)
24. Zhang M, Liu S, Yang L, Jiang Y, Huang Z, Zhao Z, et al. Prevalence of Smoking and Knowledge About the Hazards of Smoking Among 170 000 Chinese Adults, 2013-2014. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2019;21 (12) :1644-51.
25. Chatdokmaiprai N, Roojanavech S. The Effects of a Nursing Student Training Program for Providing Smoking Cessation Services in the Community. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2021;48 (2) :348-65. (In Thai)
26. Addjanagitt P, Rawiworraku T, Kalampakor S, Auemaneekul N. Effects of the new smoker prevention program among vocational students. *Thai Journal of Nursing* 2022;71 (1) :10-9. (In Thai)
27. Chaayasung P, Tana P, Sridet R, Wises N. The efficiency of potential development on knowledge and counselling skills on smoking cessation via online in educational institution among nursing student leaders. *Thai Journal of Nursing* 2020;69 (1) :36-43. (In Thai)
28. Poonphol P, Sripa S, Boonlue T, Chaiyon K, Nititham A. Outcomes of Smoking Cessation Program by Pharmacists in Community Pharmacy : A Case study of a University's Drugstore. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2022;14 (1) :44-53. (In Thai)

การศึกษาความเข้าใจในการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤตในนักบริหารสาธารณสุข (กรณีศึกษาเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)

Study of understanding communication under crisis conditions in Healthcare Managers (case study of COVID-19)

ปรีชา เปรมปรี

Preecha Prempree

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

Received : March 16, 2023 Revised : March 25, 2023 Accepted : March 27, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาความเข้าใจในการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤตในนักบริหารสาธารณสุข (กรณีศึกษาเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อให้ทราบถึงพื้นฐานความรู้ การรับรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารในสภาวะวิกฤต ความคิดเห็นของนักบริหารสาธารณสุขกับสภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมนักบริหารสาธารณสุขต่อไป ประชากรศึกษาคือ นักบริหารสาธารณสุข ที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรฝึกอบรมนักบริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข (นบส.สธ.) จำนวนทั้งสิ้น 31 ท่าน ที่ศึกษาระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 10 มีนาคม 2563 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า นักบริหารสาธารณสุข ส่วนใหญ่เห็นว่าการสื่อสารความเสี่ยงภายใต้สภาวะวิกฤตกับการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะปกติเหมือนกัน การสื่อสารในสภาวะวิกฤตไม่สามารถเตรียมการได้ การสื่อสารในสภาวะวิกฤตเป็นการสื่อสารทางเดียว และยังไม่ทราบถึงหลักการสื่อสารในสภาวะวิกฤต ด้านความรู้ของนักบริหารสาธารณสุขที่ยังขาดคือ หลักการของการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต การบัญชาการเหตุการณ์ในการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต และคำจำกัดความของการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต ข้อเสนอแนะจากการศึกษา นักบริหารสาธารณสุข ควรได้รับการพัฒนาความรู้ หลักการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต โดยเฉพาะในเรื่องบัญชาการเหตุการณ์ รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต และเพิ่มเป็นเนื้อหาในหลักสูตรการฝึกอบรมนักบริหารสาธารณสุขระดับสูง ต่อไป

คำสำคัญ : การสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤต , นักบริหารสาธารณสุข , โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Studying Understanding Communication in Crisis Situations among Healthcare Administrators (Case Study of COVID-19) as Survey Research aimed to explore the knowledge base and perceptions of healthcare administrators regarding the importance of communication in crisis situations, particularly in the context of the COVID-19 pandemic. The data obtained from this study was used to develop future training curricula for high-level healthcare administrators under the Ministry of Public Health (MOPH) in Thailand. The study sample consisted of 31 healthcare administrators who participated in a high-level training program between February 1 and March 10, 2020. Data analysis was conducted using statistical inference. The study found that most healthcare managers perceive that communicating risks during a crisis is the same as communicating risks in normal situations. Communication during a crisis cannot be prepared in advance, and communication during a crisis is one-way communication, and the principles of crisis communication are not yet fully understood. The area where healthcare managers lack knowledge is the principles of communicating risks during a crisis, managing incidents in communicating risks during a crisis, and the definition of communicating risks during a crisis. The study suggests that healthcare managers should develop their knowledge on crisis communication, particularly in incident management and communicating risks during a crisis, and include it in high-level healthcare management training programs in the future.

Keywords : communicating under crisis, Healthcare Managers, COVID-19.

บทนำ

จากเหตุการณ์การณัวิกฤตการแพร่ระบาดของของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่จะต้องได้รับการจัดการองค์กรเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงในแต่ละด้านอย่างเร่งด่วน เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากเหตุการณ์ดังกล่าวอาจนำไปสู่ความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มีองค์กรใดปรารถนาที่จะให้เกิดขึ้น ทั้งนี้ในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นนั้น นำมาซึ่งสิ่งที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของ Covello V.⁽¹⁾ ได้ให้ความหมายของ “ภาวะวิกฤต” ไว้ว่า เป็นสถานการณ์ที่เข้าสู่ภาวะที่จำเป็นต้องเข้าจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขความเสียหายที่เกิดขึ้น หรือวิกฤตทางด้านความปลอดภัยทางด้านสิ่ง

แวดล้อมหรือสุขภาพ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งนี้เมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้นแล้วสิ่งสำคัญที่องค์กรจะต้องตระหนัก คือ การจัดการด้านการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ร่วมกันกับสมาชิกในองค์กรถึงแนวทางการจัดการกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อองค์กร ทั้งนี้เพื่อให้องค์กรได้สร้างความตระหนักรู้และการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้อง⁽²⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคระบาดอื่น ๆ ได้ ซึ่งการปรับตัวขององค์กรต่าง ๆ นั้นได้สอดคล้องตามทฤษฎีเชิงสถานการณ์ (Situational Management Theory) ที่ได้กล่าวไว้ว่า แนวความคิดการบริหารเชิงสถานการณ์

(Situational Management Theory) หรือทฤษฎีอู่บัติการณ์ (Contingency Theory) เป็นทฤษฎีการบริหารที่ขึ้นอยู่กับสภาพข้อเท็จจริงด้วยแนวคิดที่ว่าทางเลือกทางออกที่จะไปสู่การแก้ปัญหาทางการบริหารถือว่าไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด หากแต่สถานการณ์ต่างหากที่จะเป็นตัวกำหนดว่าควรจะใช้วิธีการบริหารแบบใดในสถานการณ์นั้น ๆ ผู้บริหารจะต้องพยายามวิเคราะห์สถานการณ์ให้ดีที่สุด โดยการ ผสมผสานแนวคิดและหลักทฤษฎีต่าง ๆ บางสถานการณ์ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ บางครั้งก็ต้องคำนึงถึงหลักมนุษยและ แรงจูงใจ ในขณะที่บางที่อาจต้องคำนึงถึงเป้าหมายหรือผลผลิตขององค์กรเป็นหลัก การบริหาร จึงต้องอาศัยสถานการณ์เป็นตัวกำหนดในการตัดสินใจ

จากแนวคิดการจัดการในภาวะวิกฤต ที่กล่าวข้างต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นนั้น ประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะเป็นการเติมเต็มข้อมูล รวมทั้งการสร้างการรับรู้ร่วมกันในภาวะวิกฤต คือ “การสื่อสารในภาวะวิกฤต” (Crisis Communication)⁽³⁾ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากการสื่อสารเป็นกระบวนการที่ช่วยลดช่องว่างด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Gap) ช่วยลดความคลุมเครือไม่แน่นอน (Uncertainty) ช่วยเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจ (Knowledge and Understanding) การสื่อสารเป็นส่วนประกอบที่สำคัญและจำเป็นในทุก ๆ ขั้นตอนของการจัดการภาวะวิกฤต ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการศึกษาความเข้าใจในการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤตในนักบริหารสาธารณสุข (กรณีศึกษาเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมนักบริหารสาธารณสุขให้สามารถบริหารจัดการกับสภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบถึงพื้นฐานความรู้และการรับรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารในสภาวะวิกฤตในนักบริหารสาธารณสุข
2. เพื่อทราบความคิดเห็นของนักบริหารสาธารณสุขระดับสูงกับสภาวะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมนักบริหารสาธารณสุขต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรศึกษา คือ นักบริหารสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 31 ท่าน ที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรฝึกอบรมนักบริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข (นบส.สธ.) ที่ศึกษาระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 10 มีนาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎี ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพด้านการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤต จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรู้ทางทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 4 ความเห็น และข้อเสนอแนะการสื่อสารความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต จำนวน 2 ข้อ

วิธีการเก็บข้อมูล โดยวิธีสำมะโน (Census) คือ เก็บข้อมูลจากทุกหน่วยของประชากร ด้วยแบบสอบถามโดยผู้วิจัยประสานงานขอความร่วมมือเก็บข้อมูลกับ

วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข เพื่อเข้าชี้แจงรายละเอียด การเก็บข้อมูล กับนักบริหารสาธารณสุข ที่เข้ารับการอบรมในหลักสูตรฝึกอบรม นักบริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข (นบส.สธ.)

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบไปด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

นักบริหารสาธารณสุขทั้งหมด 31 ท่าน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.50 เป็นเพศหญิง มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 77.40 และประกอบอาชีพข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 96.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 31)

ข้อมูลทั่วไป		ร้อยละ	จำนวน
อายุ (ปี)	Mean ± SD. : 52.00 ± 4.70		
เพศ	ชาย	11	35.50
	หญิง	20	64.50
การศึกษา	ปริญญาตรี	7	22.60
	สูงกว่าปริญญาตรี	24	77.40
อาชีพ	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	30	96.80
	รับจ้าง/ลูกจ้าง	1	3.20

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์ด้านการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต

นักบริหารสาธารณสุข ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.20 เคยทำงานด้านการสื่อสาร และมีประสพการณ์การทำงาน

เฉลี่ย 14.90 ปี (Mean ± SD. : 14.90 ± 12.70) ร้อยละ 61.30 เคยมีประสพการณ์การสื่อสารในสภาวะวิกฤต และเคยผ่านการสื่อสารในสภาวะวิกฤต เฉลี่ย 3 ครั้ง (Mean ± SD. : 3.00 ± 6.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสพการณ์ด้านการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต (N = 31)

ประสพการณ์ด้านการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต		จำนวน	ร้อยละ
เคยทำงานด้านการสื่อสาร	ใช่	23	74.20
	ไม่ใช่	8	25.80
ระยะเวลาการทำงานด้านการสื่อสาร (ปี)	Mean ± SD. : 14.90 ± 12.70		
เคยมีประสพการณ์การสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต	เคย	19	61.30
	ไม่เคย	12	38.70
ประสพการณ์การสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต (ครั้ง)	Mean ± SD. : 3.00 ± 6.00		

ส่วนที่ 3 ความรู้ทางทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต

นักบริหารสาธารณสุข ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.20 เห็นว่าการสื่อสารความเสี่ยงภายใต้สภาวะวิกฤตกับการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะปกติเหมือนกัน ร้อยละ 6.50 เห็นว่าการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤตไม่สามารถ

เตรียมการได้ ในนักบริหารสาธารณสุข ร้อยละ 6.50 เห็นว่าหลักการสำคัญของการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤต คือ ครบถ้วน โปร่งใส และรวดเร็ว ร้อยละ 74.20 การสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤตเป็นการสื่อสารทางเดียว และร้อยละ 12.90 การสื่อสารในสภาวะวิกฤตมีความสำคัญที่ผู้นำเท่านั้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้ทางทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต

ความรู้ทางทฤษฎีการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต		จำนวน	ร้อยละ
การสื่อสารในสภาวะวิกฤตกับการสื่อสารปกติมีหลัก	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ	8	25.80
การเหมือนกันทั้งหมด	ใช่	23	74.20
การสื่อสารในสภาวะวิกฤตไม่สามารถเตรียมการได้	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ	29	93.50
	ใช่	2	6.50
หลักการสำคัญของการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤต คือ	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ	29	93.50
ครบถ้วน โปร่งใส และรวดเร็ว	ใช่	2	6.50
การสื่อสารในสภาวะวิกฤตเป็นการสื่อสารทางเดียว	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ	8	25.80
	ใช่	23	74.20
การสื่อสารในสภาวะวิกฤตมีความสำคัญที่ผู้นำเท่านั้น	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ	27	87.10
	ใช่	4	12.90

ส่วนที่ 4 ความเห็น และข้อเสนอแนะการสื่อสารความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นักบริหารสาธารณสุข ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.00 เห็นว่าการสื่อสารความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของภาครัฐไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.80 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจว่าตนเองทราบสถานการณ์โรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา ร้อยละ 61.30 คิดว่าภาครัฐปิดบังข้อมูลและสถานการณ์ ร้อยละ 25.80 เห็นว่าได้รับข่าวสารจากภาครัฐเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา ครบถ้วน และร้อยละ 8.90 เห็นว่าภาครัฐยังสื่อสารเรื่องติดเชื้อไวรัสโคโรนาไม่ครบถ้วน และไม่ครบทุกช่องทาง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะการสื่อสารความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะการสื่อสารความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ	
คิดว่าขณะนี้ภาครัฐทำการสื่อสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ได้ดีแล้ว	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ ใช่	22 9	71.00 29.00
ทราบสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นอย่างดี	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ ใช่	17 14	54.80 45.20
คิดว่าภาครัฐไม่ได้ปิดบังสถานการณ์	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ ใช่	19 12	61.30 38.70
ได้รับข่าวสารจากภาครัฐเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนาครบถ้วน	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ ใช่	23 8	74.20 25.80
คิดว่าทางภาครัฐได้ดำเนินการสื่อสารครบทุกช่องทางแล้ว	ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ ใช่	26 5	83.90 16.10

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการกำหนดการสื่อสารภายใต้สภาวะวิกฤตโคโรนา 2019

1. กระทรวงควรมีผู้ให้ข่าวสารคนเดียว เพื่อป้องกันความสับสนของข้อมูล
2. ควรสื่อสารเฉพาะเรื่องที่รักษาหาย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน และสื่อสารวิธีการป้องกันตนเองอย่างสม่ำเสมอ
3. ต้องสื่อสารเรื่องจริง ไม่ปิดบังข้อมูล เพื่อให้ประชาชนเตรียมความพร้อม หากมีการแพร่กระจายเชื้อ
4. การสื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤตปัจจุบันยังขาดการวางแผนในการสื่อสาร และขาดจรรยาบรรณในการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤต
5. กำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการและอำนาจหน้าที่ สร้างมาตรฐานเพื่อกำหนดทิศทางในการประเมิน ความเสี่ยง ผลกระทบและความเสียหายในทิศทางเดียวกัน ควรมีแผนการจัดการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤตและคู่มือการสื่อสารในสภาวะวิกฤตของ

- องค์กร โดยเชื่อมโยงกับแนวทางใหญ่ขององค์กร ก่อนเกิดแผนและคู่มือ ต้องระดมผู้เกี่ยวข้องมาหารือแนวทางที่องค์กรทำอยู่เดิม กับสิ่งที่ต้องปรับใหม่ โดยมีที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการจัดทำ จากนั้นนำแนวทางที่ได้มาฝึกซ้อมกับผู้บริหารและพนักงาน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมิน Gap ที่ยังมี โดยตั้ง case วิกฤตให้มีความหลากหลาย มีแบบแผนกลางในการสื่อสาร มีโฆษก ลิสต์สื่อและหน่วยงานที่ต้องติดต่อ รวมถึงวิเคราะห์ output และ outcome จาก media listening หรือการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เกี่ยวข้อง
6. ควรปลูกฝังให้ทุกคนมีจิตสำนึกรับผิดชอบร่วมกัน ปฏิบัติหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างมีแบบแผน มีมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับ
 7. ความรวดเร็วและทันท่วงทีของภาครัฐในการสื่อสารให้กับประชาชน เพื่อลดความตระหนก และสร้างความตระหนักร่วมกันในการปฏิบัติตัว ป้องกันและตั้งรับกับวิกฤตโคโรนา

8. จะต้องมีกรอบบทเรียน และวางแผนการรับมือไว้ล่วงหน้า พร้อมกับศึกษาค้นคว้าวิจัยอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าโอกาสที่จะเกิดมีน้อย ที่สำคัญคือต้องสื่อสารให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อการเตรียมตัวป้องกันโดยไม่ตื่นตระหนก

9. ควรมีการฝึกซ้อมและประเมิน เพื่อหาจุดแก้ไข

10. ต้องเป็นการสื่อสารที่คำนึงถึงความถูกต้องของเนื้อหา สิ่งที่ประชาชนต้องการทราบอย่างครบถ้วน และยึดหลักจริยธรรมมนุษยธรรม และควรเป็นการสื่อสารที่ออกจากแหล่งข่าวเพียงหนึ่งเดียว หรือไม่เช่นนั้น ก็ใช้วิธีแบบออกแถลงการณ์จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งหากมี fake news ต้องมีวิธีการตอบโต้อย่างทันทั่วทั้ง

11. ต้องมีผู้นำที่เหมาะสม

12. รวดเร็ว เข้าถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบ ตรงไปตรงมา สร้างการรับรู้ / เข้าใจให้กับประชาชนอย่างรวดเร็ว น่าเชื่อถือ

13. สื่อควรมีจริยธรรมในการนำเสนอข่าว

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต

1. การพิจารณาใช้ platform ที่มีให้ตรงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการสื่อสารให้ทราบ

2. การสื่อสารในสภาวะวิกฤต ต้องมีผู้นำที่มีความรับผิดชอบสูง และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

3. กำหนดแนวทางปฏิบัติให้กับสื่อมวลชนในรายงานข่าวในภาวะวิกฤต

4. ควรมีคู่มือสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในภาวะวิกฤตของแต่ละสหสาขาอาชีพ

5. ควรเริ่มให้ความรู้กับเยาวชนตั้งแต่ชั้นประถม

6. ควรสื่อสารกลยุทธ์หรือแนวปฏิบัติในการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤตควรให้ประชาชนได้รับทราบด้วย เนื่องจากปัจจุบันการสื่อสารทางโซเชียลไม่ได้

จำกัดอยู่เฉพาะสื่อมวลชน แต่ประชาชนเป็นผู้ส่งสาร ดังนั้น จึงควรเผยแพร่แนวปฏิบัติในการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤตด้วย

7. ลดการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษและศัพท์เทคนิคเฉพาะ

8. ต้องให้ข้อมูลที่เป็นระบบ เครือข่าย และมีผู้บัญชาการเหตุการณ์

9. ภาครัฐควรให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และรวดเร็ว

10. หน่วยงานควรมีแผนฉุกเฉินหรือรองรับสภาวะวิกฤต ในแผนจะมีการกำหนดระดับของสภาวะวิกฤต ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา ช่องทางติดต่อ เป็นต้น ซึ่งจะต้องมีการซ้อมแผนฉุกเฉินในภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน โดยส่วนที่เกี่ยวกับการสื่อสารก็จะเป็นส่วนหนึ่งในแผนภาพรวมนั้น การซักซ้อมแผนจะช่วยให้ทราบแนวทางการดำเนินการด้านต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อภิปราย

จากการศึกษาพบว่านักบริหารสาธารณสุขส่วนใหญ่ร้อยละ 74.20 เห็นว่าการสื่อสารความเสี่ยงภายใต้สภาวะวิกฤตกับการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะปกติเหมือนกัน ร้อยละ 93.50 เห็นว่าการสื่อสารในสภาวะวิกฤตไม่สามารถเตรียมการได้ ร้อยละ 74.20 ยังเข้าใจว่าการสื่อสารในสภาวะวิกฤตเป็นการสื่อสารทางเดียว และร้อยละ 93.50 ยังไม่ทราบถึงหลักการสื่อสารในสภาวะวิกฤต ด้านความรู้เฉลี่ยของนักบริหารสาธารณสุขคือ 2.23 ± 1.35 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ข้อคำถามที่นักบริหารสาธารณสุขตอบผิดมากที่สุดสามลำดับแรกได้แก่ เรื่อง หลักการของการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต เรื่องผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต และคำจำกัดความของการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤต แสดงให้เห็นว่านักบริหารสาธารณสุข ยัง

ขาดความเข้าใจถึงการสื่อสารความเสี่ยงในสภาวะวิกฤตที่ถูกต้อง และความเห็นหลายส่วนที่ไม่สอดคล้องกับทางทฤษฎีปัจจัยความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง โรค และภัยสุขภาพที่ผู้บริหารพึงมี⁽⁴⁾ เช่น

1) ผู้บริหาร เข้าใจระบบงานสื่อสารความเสี่ยง ให้การสนับสนุนทางด้านนโยบาย และงบประมาณ รวมทั้งให้ขวัญกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน

2) ผู้ปฏิบัติงาน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ รัก และทุ่มเทกับงาน รวมทั้งต้องพัฒนาตนเอง และพัฒนางานเสมอ

3) เครือข่าย และสื่อมวลชน ให้ความร่วมมือในการเสนอข่าว และเสนอข่าวตามข้อเท็จจริง⁽⁵⁾

นอกจากนี้ผู้บริหารควรเข้าใจถึงอุปสรรคที่มีต่อการสื่อสารในสภาวะวิกฤต⁽⁴⁾ ได้แก่ 1) การเลือกฟัง และรับรู้ในการสื่อสาร มนุษย์มักจะเลือกในสิ่งที่ตนสนใจมากเป็นอันดับแรก ซึ่งความสนใจของคนแต่ละคนมีความแตกต่างกัน คนนั้นจะเลือกสนใจสิ่งใด 2) การตีความไม่ตรงกัน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารได้ อันเนื่องมาจากความต่างของภาษาในบางสถานที่อาจใช้คำแบบเดียวกัน แต่มีความหมายต่างกัน จนทำให้การสื่อสารมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ 3) ความสับสนระหว่างความรู้สึกกับความจริง โดยจะใช้ความรู้สึกว่าจะเป็นเช่นนั้น แต่ความเป็นจริงแล้วไม่ได้เป็นเช่นนั้น จนทำให้เกิดการสับสนในการสื่อสารได้ 4) การไม่เปลี่ยนแปลงความคิดเห็น เป็นการใช้ความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก ไม่อิงความคิดเห็นของผู้อื่นมักทำให้เกิดความขัดแย้งกันในด้านความคิด 5) การมองไม่เห็นความแตกต่าง 6) การมีความคิดแบบสุดโต่ง และ 7) การมีความคิดว่ารู้หมด

หลักการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่ดีควรประกอบไปด้วย⁽⁶⁾ 1) ปฏิบัติตามนโยบาย และแนวทางทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ ระดับกระทรวง และ

ระดับกรม โดยปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 2) สร้างความเชื่อมั่น การรับรู้และความรู้เรื่องโรค และภัยสุขภาพให้กับประชาชน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) รับฟัง และทำความเข้าใจความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของประชาชน ทุกกลุ่มเป้าหมาย และยอมรับความแตกต่างของแต่ละคน รวมทั้งการเคารพความเป็นมนุษย์ของผู้ที่เราสื่อสารความเสี่ยงด้วย 4) ศึกษาและใช้เทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนการสื่อสารความเสี่ยง ทำน้อย ลงทุนน้อย สื่อสารความเสี่ยงในวงกว้าง และ 5) พัฒนาดตนเอง พัฒนางาน คิดสร้างสรรค์ และสร้างนวัตกรรม

เป้าหมายของการสื่อสารความเสี่ยง ควรกำหนดให้ครบถ้วนดังนี้ 1) ส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจเรื่องที่เหมาะสม เรื่องระหว่างพิจารณาหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง 2) ส่งเสริมความสม่ำเสมอ และความโปร่งใสในการจัดทำทางเลือก / ข้อเสนอแนะในการจัดการความเสี่ยง 3) ปรับปรุงกระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล 4) เสริมสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างผู้มีส่วนร่วม 5) ให้การสนับสนุนความเข้าใจของสาธารณชน เพื่อเสริมความเชื่อมั่น และมั่นใจ และ 6) ส่งเสริมความเกี่ยวข้องของผู้สนใจทั้งหมดตามความเหมาะสม

หลักการและวิธีการประเมินผลดำเนินการ ด้านการสื่อสารความเสี่ยง⁽⁴⁾ ควรประกอบไปด้วย 1) แผนการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเป็นทางการ / ไม่เป็นทางการ การจัดเตรียมกลไก และระบบการดำเนินงานในหน่วยงาน 2) รูปแบบการดำเนินงาน และประสานงานสื่อสารความเสี่ยง เพื่อการสื่อสารทั้งภายในและภายนอก 3) หลักฐานเอกสาร หรือเครื่องพิสูจน์ของหน่วยงานหรือทีมงานสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล 4) หลักฐานเอกสาร หรือเครื่องพิสูจน์ของหน่วยงานหรือทีมงานความเสี่ยงในการสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนใน

ชุมชนแต่ละระดับในภาวะฉุกเฉิน และ 5) ระบบ / กลไก การจัดการข้อมูลการรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และข้อเข้าใจ ผิดที่เกิดจากการวิเคราะห์ความกังวลและความกลัวของ สาธารณะ

ผลที่ต้องการ / พึงประสงค์ จากการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพการสื่อสารความเสี่ยง และการตอบโต้ข้อมูล ข่าวสารของหน่วยงาน ซึ่งเป็นผลจากการเฝ้าระวัง คัดกรอง ตรวจสอบ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเชิงลบ ก่อเกิด ความเข้าใจผิด เกิดความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์ และการมี พฤติกรรมเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยง และการตอบโต้ ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน ได้แก่ การเผยแพร่ข้อมูลข่า สสารสู่สังคมผ่านสื่อ สื่อสังคมออนไลน์ กิจกรรมรณรงค์ การส่งเสริมสุขภาพ การขับเคลื่อนทางสังคม และการ สร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี ลดและป้องกันผลกระทบด้านลบก่อนเกิด ระหว่าง และหลังเกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขหรือ เหตุการณ์ผิดปกติ

การสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่านักบริหารสาธารณสุข ยังไม่ทราบถึงระบบงาน สื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางด้าน นโยบาย และงบประมาณ รวมทั้งให้ขวัญกำลังใจ ผู้ปฏิบัติงาน นักบริหารสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่าการ สื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤตไม่สามารถเตรียมการได้ ไม่สามารถวางแผนได้ เป็นการสื่อสารทางเดียว สำหรับการ สื่อสารในสภาวะโคโรนา นักบริหารสาธารณสุขเห็นว่า การสื่อสารยังไม่ครอบคลุมชัดเจน ยังขาดข้อมูลที่ครบ ถ้วน รวดเร็ว และเห็นว่าภาครัฐปิดบังข้อมูล

ความเข้าใจในการสื่อสารความเสี่ยงใน สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มนักบริหารสาธารณสุขที่เข้าอบรมในหลักสูตรผู้ บริหารสาธารณสุขระดับสูงในปี 2563 ยังขาดความเข้าใจถึง

รวมถึงกรอบแนวคิด และหลักการสื่อสารในสถานการณ์ วิกฤตที่ถูกต้อง จำเป็นอย่างยิ่งในทุกหลักสูตรของ ผู้บริหารระดับสูง จะต้องมีหัวข้อและเนื้อหาในการเรียน รวมถึงฝึกปฏิบัติให้สามารถทำได้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. นักบริหารสาธารณสุข ยังมีข้อจำกัดในพื้นฐาน ความรู้ และการรับรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารใน สภาวะวิกฤต ดังนั้นควรมีการพัฒนาความรู้ หลักการ สื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะในเรื่อง บัญชาการเหตุการณ์ รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงใน สภาวะวิกฤต

2. การสื่อสารในสภาวะวิกฤตมีความสำคัญ ควร เพื่อเติมหลักการเรื่องการสื่อสารในสภาวะวิกฤต เพื่อการ พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมนักบริหารสาธารณสุข ต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำกัดในกลุ่มนัก บริหารสาธารณสุข
2. เป็นการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ข้อมูลอาจไม่ ครอบคลุมทุกประเด็น

เอกสารอ้างอิง

1. Covello, V.T., Risk communication : An emerging area of health communication research. In R.L. Heath (Ed.), Handbook of Public Health Communication. pp. 403-18. Sage Publications. 1995.
2. GAO.Emergency Preparedness : FEMA Faces Challenges Integrating Community Preparedness into its Strategic Approach. Available form : <http://www.gao.gov/products/GAO-10-193>. 2010.

3. Coppola, Damon, E. K. Maloney. Communicating Emergency Preparedness : Strategies for Creating a Disaster Resistant Public. Taylor & Francis. Oxford. pp. 53-66. 2009.
4. Department of Disease Control. Risk Communication Assessment Handbook. Cooperative Agricultural Federation of Thailand Press. 2019.
5. Kasetsumsuk J. Principles and Strategies in Public Relations Communication for the Department of Communication Arts, Faculty of Communication Arts, Sripatum University.
6. Meaning of communication. [Internet]. Available form : [http ://www.krunuippk.ob.tc/page/page3.html](http://www.krunuippk.ob.tc/page/page3.html) Accessed 2010 September 1, 2010.



กรมควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี