



วารสารการศึกษาและ วิจัยการสาธารณสุข

Journal of Education and
Research in Public Health

Vol. 2 No.2 May – August 2024

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

ISSN : 2985-0126 (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

นโยบายการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข เป็นวารสารราย 4 เดือน ออกปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม) จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีจุดมุ่งหมายในการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในรูปแบบบทความภาษาไทย ทั้งจากภายในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา และหน่วยงานภายนอก โดยดำเนินการจัดทำและเผยแพร่เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) หมายเลข ISSN : 2985-0126 (Online) ซึ่งมีนโยบายในการจัดการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข ดังนี้

1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นบทความจากทั้งบุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกวิทยาลัยฯ ที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นๆ หากตรวจสอบพบว่ามีการจัดพิมพ์ซ้ำซ้อนถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์แต่เพียงผู้เดียว
2. บทความ ข้อความ ภาพประกอบ และตารางประกอบที่ลงพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นตามเสมอไป และไม่มีส่วนรับผิดชอบใดๆ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์เพียงผู้เดียว
3. บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารจะต้องมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนดเท่านั้น

นโยบายการประเมินบทความ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุขได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความแบบปกปิด 2 ทาง (Double blind)

บทความ

- ภายในวิทยาลัยฯ → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอก
- หน่วยงานภายนอก → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากภายในวิทยาลัยฯ และ/หรือหน่วยงานภายนอก

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

Journal of Education and Research in Public Health

กองบรรณาธิการ

พญ.คุณหญิง พรทิพย์ โรจนสุนันท์	สมาชิกวุฒิสภา
รศ.ดร.เขมิกา ยามะรัตน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ไกรวุฒิ กัลวีชา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.กุลนิดา สายนุ้ย	มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา
ศ.ดร.ภญ.วิจิตรา ทักษิณกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ภก.ปฐมทรรศน์ ศรีสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ปัญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
รศ.ดร.กฤษมาลย์ น้อยผา	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
รศ.ดร.อาจันต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.อารี จำปากลาง	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.สุนีย์ เครานวล	มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
รศ.ดร.ศุภศิศิลป์ มณีรัตน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.นพ.วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.ดร.นวรรตน์ ไชยมภู	มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ต.ดร.มนัสวี ทองศฤงคลี	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
ดร.ขวัญเรียม หลีเกษม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ดร.พญ.สาวิตรี วิษณุโยธิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
ผศ.ดร.อัญชลี พงศ์เกษตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.ภาคินฐ์ วีระขจร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.จามรี สอนบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.วิชาภรณ์ อินทรชุตี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ที่ปรึกษา ตรวจอ่านฉบับอังกฤษ	อ.ดร.วิชาญ ภิบาล ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์ ทพญ.ฐิติกา กิมิเส อาบาตี เจ๊ะอาแดร์ Mr.Ganfre Pechayco	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
กองจัดการวารสาร	อิบตีซาน เจ๊ะอุบง ซอบรี มาหะมะยูโซะ กุลยา โต๊ะรายอ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทบรรณาธิการ

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข (Journal of Education and Research in Public Health : J. Educ. Res. Public Health) ฉบับนี้ เผยแพร่เป็นปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567 เป็นวารสารที่มีการเผยแพร่ความรู้จากการศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ผ่านบทความประเภทต่างๆ สู่อุตสาหกรรมในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยแต่ละบทความได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง บทความละ 3 ท่าน แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind) ซึ่งเป็นบทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) กำหนดออกวารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับละ 5 – 7 บทความ

สำหรับวารสารปีที่ 2 ฉบับที่ 2 นี้ มีบทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัย/คณะผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลงานมีคุณภาพตามหลักวิชาการและหลักการวิจัย จำนวน 7 บทความ เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับการดูแลฟันเทียม, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ผลของการอบรมด้วยโมเดลหุ่นต่อประสิทธิภาพการกวดหน้าอกของพยาบาลวิชาชีพ, พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของ อสม., ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ, ผลของกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของ อสม.

ในนามของกองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (peer reviewer) ที่กรุณาประเมินบทความ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขบทความให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและการวิจัย พร้อมกันนี้ ขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการจากทุกหน่วยงาน อาจารย์และนักศึกษาจากทุกสถาบันการศึกษา ตลอดจนผู้สนใจ พิจารณาส่งบทความตามขอบเขตและนโยบายการเผยแพร่ของวารสาร เพื่อเผยแพร่ และใช้เป็นแหล่งศึกษาค้นคว้า ประยุกต์ใช้ประโยชน์ และการพัฒนางานวิจัยในโอกาสต่อไป

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
ขอบเขตการตีพิมพ์	i
นโยบายการตีพิมพ์	i
นโยบายการประเมินบทความ	i
กองบรรณาธิการ	ii
บทบรรณาธิการ	iv
สารบัญ	v
ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลฟันเทียม และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน The Effect of Dental Health Promotion to Knowledge, Skills, Denture Care Behaviors and Dental Plaque of Diabetic Patients Wearing Partial Removable Dentures ยูลิตี ลิเก, อรชินี พลานุกุลวงศ์, และสุไรยา หมานระโต๊ะ Yulithi Like, Onchinee Palanukunwong, and Suraiya Manratoh	107-123
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี The Influencing Factors of the Dengue Hemorrhagic Fever Operational Prevention of the Village Health Volunteers, Ban Laem District, Phetchaburi Province กฤษณะ พิมพ์ไทย Kritsana Pimthai	124-139
ประสิทธิภาพการกดหน้าอกภายหลังการอบรมด้วยโมเดลหุ่นของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี Efficiency of Chest Compressions by Nurses at Pattani Hospital after Training with a Manikin Model ชาร์ฟ หะยีปือซา Shareef Hayibuesa	140-149
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors associated with the Antibiotic Usage Behaviour of the Village Health Volunteers in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province อภิชาติ จิตรวิบูลย์ Apichat Jitwibun	150-165
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่หมู่ 1 ตำบลแพรงษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ Factors Related to Health Status and Self-Care Practices of the Elderly Persons Living in Community Moo 1 in Phracksa Sub-district, Muang District, Samutprakarn Province ทวีพร สุขสมโสตร์ Taweeporn Suksomsoth	166-180
ประสิทธิผลของการฝึกกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Effectiveness of Intensive Occupational Therapy at Home in Stroke Patients นริสา นิวรรณสิทธิ์ Narisa Niworanusit	181-197

สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาล
ตำบลซี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

Factors Related to Primary Health Care among Village Health Volunteers Keelek Municipality,
Mae Rim District, Chiang Mai Province

พงษ์เพชร ดุจี่, ฉัตรศิริ วิภาวิน, และสามารถ ใจเตี้ย

Phongphet Doochee, Chatsiri Vipawin, and Samart Jaitae

หน้า

198-208

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข
Journal of Education and Research
in Public Health

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลฟันเทียม
และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน

The Effect of Dental Health Promotion to Knowledge, Skills, Denture Care Behaviors
and Dental Plaque of Diabetic Patients Wearing Partial Removable Dentures

ยูลิธิ ลิเก ^{1*}, อรชินี พลานุกุลวงศ์ ¹, และสุไรยา มานระโต๊ะ ¹

Yulithi Like ^{1*}, Onchine Palanukunwong ¹, and Suraiya Manratoh ¹

¹ โรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา 90220

¹ Khuanniang Hospital, Khuanniang District, Songkhla Province. 90220

* Corresponding: ยูลิธิ ลิเก E-mail: yulithi2013@gmail.com

Received : 12 May 2023

Revised : 2 August 2023

Accepted : 15 December 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลฟันเทียม และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมบ้านควนเนียงร่วมใจลดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน เริ่มที่รักษฟัน แบบสอบถามความรู้ แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ แบบประเมินทักษะการแปรงฟัน และแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลฟันเทียม ได้ค่า IOC > 0.5 สำหรับแบบประเมินความรู้ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และทันตสุขภาพช่องปาก ทักษะการทำความสะอาดฟัน และพฤติกรรมการดูแลฟันเทียมเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังนั้นโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่ฟันเทียมบางส่วนได้ และควรดำเนินโปรแกรมต่อไป เพื่อแก้ปัญหาการเกิดโรคในช่องปาก และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียม

คำสำคัญ: ปริมาณคราบจุลินทรีย์ ผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมการดูแล ฟันเทียม

Abstract

A quasi-experimental pretest-posttest design aimed to investigate the effectiveness of a dental health promotion program for improving knowledge, skills, and behavior regarding denture care and dental plaque among diabetic patients wearing partial removable dentures. 30 participants were recruited, and the sample size was computed using the G*Power

software. The research tools utilized in this study included the Kuanniaung Hospital program for reducing complications at the early-stage diabetic dental care, knowledge questionnaire, plaque index recording form, toothbrushing assessment form, including assessment form for a denture care behaviors. The inter-item correlation coefficient (IOC) was > 0.5 for the knowledge questionnaires, while these questionnaires demonstrated a KR20 value of 0.72. Data analysis involved the use of frequency statistics, percentages, and paired t-tests. The research findings revealed that after implementing the program, the diabetic and oral health knowledge, tooth brushing skills, and denture care behavior of the diabetic patients wearing partial removable dentures were significantly increased. Furthermore, there was a significant reduction in plaque levels, with a statistically significance (p -value < 0.001), consequently, this program can reduce the risk of oral diseases in the diabetic patients wearing partial removable dentures and should be continued to address oral health issues and other complications amongst these patients.

Keywords: Plaque index, Diabetic patients, Self-care behaviors, Denture

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCDs) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงจากอาการแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ [1] โดยสมาคมเบาหวานนานาชาติ [2] พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ.2560 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 438 ล้านราย และประมาณการปี พ.ศ. 2588 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 629 ล้านราย ทั้งนี้ โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 7 ของสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงที่สุด หากไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสมและจริงจัง ส่วนสถิติรายงานในประเทศไทยในแต่ละปี มีรายงานอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานทั้งประเทศระหว่างปี 2556 - 2558 เท่ากับ 15.0 17.5 และ 19.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ [3] โรงพยาบาลควนเนียงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่เปิดให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ โดยให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยยังได้รับการตรวจสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ ตา เท้า และช่องปาก โดยเป็นการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี และกลุ่มงานทันตกรรมได้ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2562, 2563, 2564 จากการรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม HosXP ในผู้ป่วยเบาหวานใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจำนวน 68, 72, 91 คน ตามลำดับ พบรอยโรคฟันผุเพิ่มขึ้นในฟันแท้ที่อยู่ติดกับฟันเทียม สภาพฟันเทียมไม่เหมาะสม ภายหลังการตรวจสุขภาพช่องในคลินิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุของกลุ่มนี้ สะท้อนมาจากการขาดการดูแลช่องปากที่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคปริทันต์ (Periodontal disease) [4] ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังส่งผลให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อหรืออวัยวะรอบๆ ตัวฟัน หากไม่ได้รับการทำความสะอาดช่องปากทั้งฟันแท้และเทียมที่เหมาะสม ความชุกและความรุนแรงของโรคปริทันต์

ในผู้ป่วยเบาหวานจะสูงขึ้นตามอายุ [5] ใกล้เคียงกับรายงานสภาวะทางทันตสุขภาพระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ปี 2560 ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี และกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี พบว่า กลุ่มอายุดังกล่าวมีพฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน และการตรวจฟันโดยทันตบุคลากร น้อยกว่า ร้อยละ 50.0 [6] ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อที่จะสามารถรักษา และรับคำแนะนำ การดูแลช่องปากที่เหมาะสม

จากการศึกษาของพรพิมล อุติผล พบว่า ปัญหาทางสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดจากการขาดความรู้ การรับรู้ และขาดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดปัญหาสภาวะทางทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน [7] ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การแปรงฟัน และการตรวจฟันโดยทันตบุคลากร ซึ่งข้อมูลดังกล่าว ใกล้เคียงกับรายงานสภาวะทางทันตสุขภาพระดับประเทศ ครั้งที่ 8 [6] นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประยุกต์ในการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพ เชื่อว่า พฤติกรรมของคนเราเป็นตัวกำหนดเป้าหมายเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำตนเอง เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ทั้งนี้ ผลของการกระทำจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองด้านทันตสุขภาพ [8] และจากการศึกษาของพรพิมล อุติผล พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีผลปรับเปลี่ยนความรู้ การทำความเข้าใจสาเหตุของโรค และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองส่งผลที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [7]

ดังนั้นคณะผู้วิจัย จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงศึกษาผลการใช้โปรแกรม บ้านควนเนียงร่วมใจ ลดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน เริ่มที่รักษัฟัน เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการทำความสะอาดฟันแท้ ปริมาณคราบจุลินทรีย์ และพฤติกรรมกรรมการดูแลฟันเทียมในผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม อันจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในช่องปาก ทั้งโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และปริทันต์ ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการดูแลทำความสะอาดสุขภาพช่องปากทั้งฟันแท้และเทียม อีกทั้งทราบถึงวิธีที่ป้องกันรักษาได้อย่างทันท่วงทีและถูกต้อง เน้นการถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องผ่านโปรแกรมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อช่วยให้เกิดการจดจำที่ง่าย เน้นให้หันมาใส่ใจ และลงมือปฏิบัติในการดูแลฟันแท้และเทียม [7] อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทันตสุขภาพที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one groups, Pre-test, Post-test design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน และใส่ฟันเทียมบางส่วน โรงพยาบาลควนเนียง จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 - มิถุนายน 2565 กำหนดกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเข้า คัดออก มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และใส่ฟันเทียมบางส่วนในโรงพยาบาลควนเนียง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - ธันวาคม 2565 จำนวน 30 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณ โดยใช้โปรแกรม G*Power [9] ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Dependent Means (Matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกกลางคันได้จึงเผื่อร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน [10] ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชาย และหญิง และรับบริการบริการในเขตเทศบาลควนเนียง โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา
- 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้บางส่วน
- 3) มีอายุระหว่าง 40 - 70 ปี และเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 4) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พุดคุยสื่อสารรู้เรื่อง และอ่านออกเขียนได้ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาจิตเวช
- 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 183 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 3) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะการมีไข้ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัดหรือติดเชื้อรุนแรง
- 4) เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษาต่อ สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูล ปัญหา ทบทวนวรรณกรรมจำนวน 6 เรื่อง เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม จำนวน 3 เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในช่องปาก โรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปากและการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพฟันเทียม [11] หลังจากนั้นจึงได้มีการพัฒนาสร้างโปรแกรมทันตสุขภาพขึ้น โดยมีเครื่องมือดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมบ้านควนเนียงร่วมใจลดภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน เริ่มที่รักษฟัน ประกอบด้วย การให้ความรู้ทางทันตสุขภาพ การสอนการดูแลทำความสะอาดฟันแท้และเทียม ที่ถูกวิธี สาธิตการย้อมคราบจุลินทรีย์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานและใส่ฟันเทียมบางส่วน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ [12] จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบตามตัวเลือกใช่และไม่ใช่ โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

2.2 แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index By Stallard et al. 1969) [13] โดยจะมีการบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังใช้โปรแกรม โดยใช้การย้อมคราบจุลินทรีย์ด้วยสีย้อม Erythrosine solution 6% ในการตรวจ เพื่อให้เห็นคราบจุลินทรีย์ที่ชัดเจนขึ้น เก็บบันทึกข้อมูลการตรวจ วัดจากคราบสีย้อมที่ติดคราบจุลินทรีย์ จากด้านแก้ม (Labial หรือ Buccal) ของฟันซี่ 11, 31, 16, 26 และด้านลิ้น (Lingual) ของฟันซี่ 36 และ 46 หากไม่มีฟันซี่ที่กำหนด จะทำการวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์โดยใช้ฟันซี่ข้างเคียงแทน เกณฑ์การให้คะแนนคราบจุลินทรีย์ที่ปรากฏในฟันแต่ละซี่ มีเกณฑ์การให้คะแนนทั้งหมด 4 ระดับ ได้แก่

0 ไม่มีคราบจุลินทรีย์ บนตัวฟัน

1 มี คราบจุลินทรีย์ ปกคลุมตัวฟันเป็นแนวตลอดขอบเหงือก แต่ไม่เกิน 1/3 ของตัวฟัน

2 มี คราบจุลินทรีย์ ปกคลุมตัวฟันมากกว่า 1/3 ของตัวฟันแต่ไม่เกิน 2/3 ของตัวฟันนับจาก

ขอบเหงือก

3 มี คราบจุลินทรีย์ ปกคลุมตัวฟันมากกว่า 2/3 ของตัวฟันนับจากขอบเหงือก

จากนั้นนำผลรวมของคะแนนคราบจุลินทรีย์ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ โดยคิดจากผลรวมของคะแนนคราบจุลินทรีย์ทั้งหมดหารด้วยจำนวนด้านของฟันที่ได้รับการตรวจ นำค่าเฉลี่ยที่ได้มาเปรียบเทียบกับความแตกต่างของแผ่นคราบจุลินทรีย์ และเปรียบเทียบผลก่อนหลัง คะแนนเต็ม 4 โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

2.3 แบบประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากดัชนีวัดทักษะด้านอนามัยช่องปาก Oral Hygiene Skill Achievement Index ของ Niederman R, and Sullivans [14] วัดการแปรงฟันใน 2 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 คือ แปรงฟันครบตำแหน่ง (Placements) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 0 คือ วางแปรงไม่ถูกต้องหรือไม่ได้วางแปรงในส่วนนั้น คะแนน 1 คือ วางแปรงได้ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 2 คือ แปรงฟันถูกวิธี (Motions) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 0 คือ วิธีการแปรงฟันไม่ถูกต้องหรือไม่ได้แปรงในส่วนนั้น คะแนน 1 คือ วิธีแปรงถูกต้อง มีทั้งหมด 17 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 - 12 คือ วางแปรงขนานกับตัวและขยับแปรงสั้นๆแล้วปิด ในแนวหน้าหลัง 4 - 5 ครั้ง

ส่วนที่ 13 - 16 คือ วางแปรงบนด้านบดเคี้ยวของฟันและขยับแปรงสั้นๆ แล้วปิด ในแนวหน้าหลัง 4 - 5 ครั้ง

ส่วนที่ 17 คือ ให้วางชนแปรงบนลิ้น โดยชนแปรงตั้งตรง และกวาดชนแปรงออกมา 4 - 5 ครั้ง และเปรียบเทียบผลก่อนหลังการใช้โปรแกรม คะแนนเต็ม 4 โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

2.4 แบบบันทึกพฤติกรรม การดูแลฟันเทียม ผู้วิจัยตัดแปลงจากงานวิจัยของรัตนา บัวลอย และคณะ [15] จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบตามตัวเลือกใช่และไม่ใช่ โดยตอบใช่ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ จำนวน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย จำนวน 1 คน ได้ค่า IOC > 0.5 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสูตร KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

4. การรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับศูนย์สุขภาพชุมชนควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลักของโรงพยาบาลควนเนียง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายงานวิจัย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายงานวิจัยร่วมเข้าใจ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในคนไข้เบาหวานที่ใส่ฟันเทียม แบบประเมินทักษะการแปรงฟัน แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ และแบบบันทึกการดูแลฟันเทียม

ขั้นทดลอง

- 1) ก่อนเริ่มดำเนินการใช้โปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มเป้าหมายลงทะเบียนเข้าร่วมโปรแกรม
- 2) กลุ่มเป้าหมายทำแบบสอบถามความรู้ทางทันตสุขภาพก่อนการใช้โปรแกรม และทำการย้อมสีฟัน จากนั้นวัดระดับคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์

ฐานที่ 1 ฐานความรู้ทางทันตสุขภาพให้ความรู้ เรื่องความรู้ทางทันตสุขภาพ การดูแลทำความสะอาดฟันแท้และเทียม โดยใช้สื่อโพลีเมอร์ความรู้ทางทันตสุขภาพ โมเดลฟันผุ และกิจกรรมสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลา 15 นาที

ฐานที่ 2 ฐานการแปรงฟันอย่างถูกวิธีมีคุณภาพ ก่อนเริ่มการสอน ผู้วิจัยให้กลุ่มเป้าหมายสาธิตการทำความสะอาดฟันแท้ เพื่อประเมินทักษะการแปรงฟันก่อนการใช้โปรแกรม โดยใช้แบบประเมินทักษะการแปรงฟัน จากนั้นผู้วิจัยสอน และสาธิตการทำความสะอาดฟันแท้อย่างถูกวิธีมีคุณภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้โมเดลแปรงฟันเป็นสื่อ และกิจกรรมสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลา 15 นาที

ฐานที่ 3 ฐานดูแลทำความสะอาดฟันเทียม ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลฟันเทียม และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลฟันเทียม โดยการฝึกปฏิบัติ และกิจกรรมสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 15 นาที และแจกแบบบันทึกการดูแลฟันเทียม

3) หลังจากเสร็จสิ้นทั้ง 3 ฐานแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเบาหวานทำแบบสอบถามความรู้ทางทันตสุขภาพ หลังการใช้โปรแกรม และทำการย้อนสัมพันธ์ จากนั้นวัดระดับความเครียดของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบบันทึกดัชนีความเครียด

4) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการใช้แบบบันทึกดัชนีความเครียด แบบสอบถามความรู้ แบบประเมินทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี แบบบันทึก และสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลฟันเทียมจนครบจำนวน ตัวอย่างที่กำหนดไว้

ชั้นหลังการทดลอง

ติดตามเก็บรวบรวมแบบบันทึกพฤติกรรมดูแลฟันเทียมหลังการใช้โปรแกรม เป็นระยะเวลา 1 เดือน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและทันตสุขภาพช่องปาก ทักษะการทำ ความสะอาดฟันแท้ พฤติกรรมดูแลฟันเทียม และปริมาณคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียม บางส่วน โดยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยวิธี Shapiro-wilk และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อน และหลังใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี ร้อยละ 56.7 มีอาชีพ คือ รับราชการและเกษตรกร ร้อยละ 26.7 มีผู้ดูแล ร้อยละ 56.7 มีช่องทางการได้รับความรู้เรื่องทันตสุขภาพช่องปาก คือ ได้รับความรู้จากผู้ดูแล ร้อยละ 63.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	43.3
หญิง	17	56.7
อายุ		
40 - 49 ปี	12	40.0
50 - 59 ปี	17	56.7
60 - 70 ปี	1	3.3
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	3	10.0
ค้าขาย	7	23.3
รับราชการ	8	26.7

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
พ่อบ้าน	3	10.0
เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)	8	26.7
อื่นๆ (นักธุรกิจ)	1	3.3
มีผู้ดูแลหรือไม่		
ไม่มี	13	43.3
มี	17	56.7
ช่องทางการได้รับความรู้เรื่องทันตสุขภาพช่องปาก		
โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์	3	10.0
ผู้ดูแล	19	63.3
ทันตบุคลากร	5	16.7
อินเทอร์เน็ต	1	3.3
อื่นๆ	2	6.7

ข้อมูลการใช้โปรแกรมทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ พบว่าด้านความรู้โรคเบาหวานกับทันตสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ทางทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n = 30)

ความรู้ทางทันตสุขภาพ	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคปริทันต์อักเสบรักษาได้โดยการขูดหินปูน	13 (43.3)	17 (56.7)	23 (76.7)	7 (23.3)
2. ลักษณะของการเกิดโรคเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ คือ มีเหงือกบวม เคี้ยวเจ็บ ฟันโยก มีฝีหนองบริเวณปลายรากฟัน	11 (36.7)	19 (63.3)	22 (73.3)	8 (26.7)
3. โรคเบาหวานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนในช่องปาก โดยเฉพาะเหงือกและฟัน	13 (43.3)	17 (56.7)	20 (66.7)	10 (33.3)
4. ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการติดเชื้อแคนดิดาในช่องปากเนื่องจากอัตราการไหลของน้ำลายเพิ่มขึ้น	4 (13.3)	26 (86.7)	24 (80.0)	6 (20.0)

ความรู้ทางทันตสุขภาพ	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
5. การควบคุมโรคเบาหวานไม่จำเป็นต้องงดของหวาน บุหรี่ และถอดฟันเทียมทุกวัน	6 (20.0)	24 (80.0)	25 (83.3)	5 (16.7)
6. ไม่ควรใส่ฟันเทียมนอน เพราะอาจทำให้เหงือกอักเสบเนื่องจากถูกกดทับเป็นเวลานาน	23 (76.7)	7 (23.3)	28 (93.3)	2 (6.7)
7. สามารถใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหารแข็ง และอาหารเหนียวได้ตามปกติ เนื่องจากฟันเทียมแข็งแรงพอ	18 (60.0)	12 (40.0)	21 (70.0)	9 (30.0)
8. การแปรงฟันตามสูตร 2-2-2 คือ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 นาที และงดรับประทานอาหาร	13 (43.3)	17 (56.7)	27 (90.0)	3 (10.0)
9. การเก็บรักษาฟันเทียมทำได้โดย นำฟันเทียมที่ทำความสะอาดแล้ว ใส่ในภาชนะแช่ฟันเทียม เช่น แก้วน้ำ ชัน โดยเติมน้ำสะอาดให้สูงกว่าฟันเทียมแช่ไว้ขณะไม่ใช้งาน	20 (66.7)	10 (33.3)	26 (86.7)	4 (13.3)
10. อุปกรณ์เสริมที่ใช้ในการทำทำความสะอาดช่องปากคือ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน	25 (83.3)	5 (16.7)	27 (90.0)	3 (10.0)
11. การแปรงฟันที่ถูกวิธีคือ แปรงถูไป-มา แรงๆ ตามแนวนอนของฟัน	16 (53.3)	14 (46.7)	24 (80.0)	6 (20.0)
12. การรับประทานอาหารระหว่างมื้อ การกินจุบจิบ ไม่มีผลต่อฟัน	14 (46.7)	16 (53.3)	28 (93.3)	2 (6.7)
13. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีผลทำให้โรคเหงือก อักเสบมีอาการรุนแรงกว่าปกติ	12 (40.0)	18 (60.0)	24 (80.0)	6 (20.0)
14. เมื่อแปรงฟันเสร็จไม่จำเป็นต้องแปรงลิ้น	16 (53.3)	14 (46.7)	19 (63.3)	11 (36.7)
15. ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ช่วยป้องกันฟันผุได้	18 (60.0)	12 (40.0)	21 (70.0)	9 (30.0)
16. ควรไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหาช่องปากเท่านั้น	15 (50.0)	15 (50.0)	19 (63.3)	11 (36.7)
17. อาหารหวาน มีน้ำตาล เหนียวติดฟัน ทำให้เกิดฟันผุได้	10 (33.3)	20 (66.7)	18 (60.0)	12 (40.0)
18. การดูแลสุขภาพช่องปากสม่ำเสมอช่วยทำให้การควบคุมโรคเบาหวานทำได้ดีขึ้น	6 (20.0)	24 (80.0)	19 (63.3)	11 (36.7)

ความรู้ทางทันตสุขภาพ	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
19. แปรงซอกฟันใช้ทำความสะอาดเฉพาะซอกฟันที่มีช่องว่างขนาดใหญ่	11 (36.7)	19 (63.3)	24 (80.0)	6 (20.0)
20. ระหว่างทำความสะอาดฟันเทียมควรมีชั้นหรือแก้วน้ำรองไว้ป้องกัน ฟันเทียมหลุดจากมือตกลงพื้นแตก	25 (83.3)	5 (16.7)	27 (90.0)	3 (10.0)

ด้านทักษะการแปรงฟัน พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะการแปรงฟันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบทักษะการแปรงฟันของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n = 30)

ทักษะการแปรงฟัน	ก่อนให้ใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
1. แปรงฟันครบตำแหน่ง	2.93	0.78	3.60	0.50
2. แปรงฟันถูกวิธี	2.73	0.58	3.37	0.67
3. ส่วนที่ 1 - 12 วางแปรงขนานกับตัวและขยับแปรงสั้นๆ แล้วปิดในแนวหน้าหลัง 4 - 5 ครั้ง	3.13	0.51	3.23	0.63
4. ส่วนที่ 13 - 16 วางแปรงบนด้านบดเคี้ยวของฟันและขยับแปรงสั้นๆ แล้วปิด ในแนวหน้าหลัง 4 - 5 ครั้ง	2.87	0.51	2.80	0.61
5. ส่วนที่ 17 ให้วางขนแปรงบนลิ้น โดยขนแปรงตั้งตรง และกวาดขนแปรงออกมา 4 - 5 ครั้ง	3.13	0.63	3.87	0.35
6. บ้วนปาก	2.51	0.50	0.37	0.56
7. แปรงฟันอย่างน้อย 2 นาที	1.07	1.80	3.33	1.52

ด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์ พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n = 30)

ปริมาณคราบจุลินทรีย์	ก่อนให้ใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
ซี่ 16 ด้าน Buccal	2.66	0.48	0.48	0.57
ซี่ 11 ด้าน Labial	2.03	0.75	0.33	0.48
ซี่ 26 ด้าน Buccal	2.55	0.50	0.37	0.49
ซี่ 36 ด้าน Lingual	2.51	0.50	0.37	0.56
ซี่ 31 ด้าน Labial	2.11	0.69	0.29	0.46
ซี่ 46 ด้าน Lingual	2.70	0.46	0.37	0.49
รวมทั้งช่องปาก (Full mouth)	2.43	0.30	0.37	0.18

ด้านพฤติกรรมดูแลฟันเทียม พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลฟันเทียมเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลฟันเทียมของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n = 30)

พฤติกรรมดูแลฟันเทียม	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. แปรงฟันเพื่อทำความสะอาดหลังรับประทานอาหาร	14 (46.7)	16 (53.3)	20 (66.7)	10 (33.3)
2. ถอดฟันปลอมแช่น้ำเมื่อเข้านอนตอนกลางคืน	13 (43.3)	17 (56.7)	22 (73.3)	8 (26.7)
3. ทำความสะอาดฟันเทียมโดยใช้แปรงขนนุ่มร่วมกับน้ำยาล้างจานหรือน้ำสบู่	18 (60.0)	12 (40.0)	23 (76.7)	7 (23.3)
4. แปรงฟันและทำความสะอาดฟันเทียมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	25 (83.3)	5 (16.7)	28 (93.3)	2 (6.7)
5. แช่ฟันเทียมในน้ำที่มีเม็ดฟูเพื่อทำความสะอาดอาทิตย์ละครั้ง	23 (76.7)	7 (23.3)	25 (83.3)	5 (16.7)
6. ใช้ภาชนะรองรับหรือมีอ่างน้ำรองรับรองในระหว่างที่ทำความสะอาดฟันเทียมเพื่อป้องกันการตกแตก	11 (36.7)	19 (63.3)	26 (86.7)	4 (13.3)
7. หลีกเลี่ยงการทานอาหารที่แข็งและเหนียว	12 (40.0)	18 (60.0)	28 (93.3)	2 (6.7)
8. ไม่ใช้น้ำร้อนแช่ฟันเทียม	16 (53.3)	14 (46.7)	27 (90.0)	3 (10.0)

พฤติกรรมการดูแลฟันเทียม	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
9. แخذฟันเทียมในภาชนะที่มีระดับน้ำอยู่เหนือ ฟันเทียม	6 (20.0)	24 (80.0)	19 (63.3)	11 (36.7)
10. เมื่อมีปัญหาความผิดปกติของฟันเทียมควร พบทันตแพทย์ เพื่อตรวจและควรพบ ทันตแพทย์ทุก 6 เดือน เพื่อตรวจสุขภาพ ช่องปาก	20 (66.7)	10 (33.3)	26 (86.7)	4 (13.3)

ข้อมูลการใช้โปรแกรมทันตสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ พบว่าด้านความรู้โรคเบาหวานกับทันตสุขภาพ พบว่า ภายหลังกการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ทางทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านทักษะการแปรงฟัน พบว่า ภายหลังกการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะการแปรงฟันเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์ พบว่า ภายหลังกการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ ลดลงน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านพฤติกรรมดูแลฟันเทียม พบว่า ภายหลังกการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลฟันเทียมเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความรู้ทางทันตสุขภาพ ทักษะการแปรงฟัน ปริมาณคราบจุลินทรีย์ พฤติกรรมดูแลฟันเทียม ของผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n = 30)

ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ความรู้โรคเบาหวานกับทันตสุขภาพ				
ก่อนใช้โปรแกรม	5.89	1.15	-12.74	< 0.001
หลังใช้โปรแกรม	9.44	0.70		
ทักษะการแปรงฟัน				
ก่อนใช้โปรแกรม	7.33	2.43	-12.01	< 0.001
หลังใช้โปรแกรม	14.37	2.22		
ปริมาณคราบจุลินทรีย์				
ก่อนใช้โปรแกรม	2.43	0.30	31.20	< 0.001
หลังใช้โปรแกรม	0.37	0.18		
พฤติกรรมดูแลฟันเทียม				
ก่อนใช้โปรแกรม	2.87	2.29	-13.97	< 0.001
หลังใช้โปรแกรม	7.90	2.06		

อภิปราย

1) หลังการใช้โปรแกรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและทันตสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วน มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เนื่องจากผลการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าว เกิดจากรูปแบบโปรแกรมทันตสุขภาพที่ได้รับ เริ่มต้นด้วยการทดสอบความรู้ก่อน แล้วให้ความรู้โดยการบรรยาย และให้ผู้เข้าร่วมได้ซักถามวิทยากรร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เข้าร่วมด้วยกัน หลังจากนั้นจึงฝึกปฏิบัติจริงพร้อมกับถามข้อสงสัยโดยมีวิทยากรดูแลตลอด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kolb ในงานวิจัยของเสาวภา วิชาดี [16] ได้เสนอแนะว่าผลการเรียนรู้เกิดขึ้นมี 4 ขั้นตอน คือ 1. จากประสบการณ์เดิมที่ผู้เรียนมา 2. จากการสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับ 3. จากผู้เรียนทำความเข้าใจกับสิ่งที่เรียนมา 4. จากการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแก้ปัญหาจริงแนวคิดดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน ทิพย์พูล [17] ที่ศึกษาการผลของการประยุกต์การจัดการและแรงบันดาลใจทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม

2) หลังการใช้โปรแกรมด้านทักษะการแปรงฟัน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วน มีทักษะการแปรงฟันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนได้เรียนรู้จากการทักษะการแปรงฟันจากการให้ทันตสุขภาพจากทันตบุคลากรผ่านโปรแกรมทันตสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้โปรแกรมการแปรงฟันแบบฝึกปฏิบัติจริงสำหรับผู้เข้าร่วม โดยประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจให้เห็นความสำคัญการแปรงฟัน ในกิจกรรมการให้ความรู้ผ่านสื่อภาพ โดยเน้นให้ผู้เข้าร่วมรู้ว่าทำไมต้องแปรงฟัน แล้วแปรงอะไรออกไป ทราบได้อย่างไรว่าแปรงฟันได้สะอาดแล้ว ถ้าไม่แปรงฟันจะเกิดผลกระทบอะไรบ้าง ความรู้เป็นความเข้าใจของบุคคลที่เป็นประโยชน์ เกิดขึ้นจากกระบวนการจำ และเข้าใจในเรื่องนั้นๆ จึงส่งผลให้เกิดทักษะในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการวิจัยของสรวงสุตา บุษบา และสุขสมัย สมพงษ์ [18] โดยกิจกรรม คือ การสาธิตการแปรงฟัน และให้ได้ฝึกปฏิบัติจริงกับการแปรงฟัน พบว่าในส่วนการให้ความรู้ผ่านการโหมบอร์คภาพจากที่สังเกต ผู้เข้าร่วมให้ความสนใจที่รับฟังมีส่วนร่วมในการซักถาม ผู้วิจัยได้ใช้สื่อรูปภาพ ฟันผุปวด บวม ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในส่วนการสาธิตการแปรงฟัน มีความชัดเจน เรื่อง เสียง ภาพ ในการแปรงฟัน ผู้วิจัยได้แบ่งเป็นกลุ่ม ให้ผู้เข้าร่วมฝึกแปรงฟันกับทันตบุคลากร

3) หลังการใช้โปรแกรมด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วน มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เนื่องจากผู้วิจัยได้ทดสอบจากการย้อมสีฟันด้วยน้ำยาสีย้อมฟันเพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย เห็นสภาพช่องปากที่แท้จริงของตนเอง เพื่อนำไปสู่การทำความสะอาดฟันด้วยการแปรงฟันที่ถูกวิธี และการดูแลทันตสุขภาพที่เหมาะสม มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลทางทันตสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนลดลง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของอิสริยาภรณ์ สุรสีหเสนา [19] และ Deeraksa S and et al. [20] พบว่า ผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพช่องปากดีขึ้น ปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดโรคในช่องปากได้

4) หลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วน มีพฤติกรรมดูแลฟันเทียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนมีแบบบันทึก

พฤติกรรมกรรมการดูแลฟันเทียม ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลฟันเทียม และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลทันตสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของ Bandura A and et al. [21] อีกทั้งผู้วิจัยยังมีการสังเกต และสอนฝึกปฏิบัติทำความสะอาดสุขภาพช่องปาก การตรวจฟันด้วยตนเอง อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดสุขภาพช่องปากแบบรายบุคคล กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพ นอกจากนี้ ตลอดทั้งโปรแกรมผู้วิจัยเน้นการสื่อสารกับผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนโดยใช้รูปภาพและโมเดลฟัน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนเห็นภาพของการปฏิบัติดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและผลลัพธ์ของการมีสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้น แล้วนำไปปฏิบัติอย่างถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร ลือโสภา และคณะ [22] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสระบัว อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติการตรวจฟันด้วยตนเอง การดูแลฟันด้วยอุปกรณ์เสริม มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลฟันของกลุ่มทดลองเพื่อประเมินการปฏิบัติโดยมีทันตบุคลากรคอยดูแลให้เป็นไปตามหลักวิชาการ

สรุป

หลังการใช้โปรแกรมทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และทันตสุขภาพช่องปาก ทักษะการทำความสะอาดฟัน และพฤติกรรมกรรมการดูแลฟันเทียมเพิ่มขึ้น ในขณะที่ปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงให้เห็นว่า ความรู้และวิธีการการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบได้อย่างมาก ดังนั้นการดูแลเพื่อคงสภาพทั้งฟันแท้ และฟันเทียมให้อยู่ได้นานยิ่งขึ้น จึงเป็นวิธีที่ควรปฏิบัติ ซึ่งการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันตสุขภาพช่วยให้เกิดการเรียนรู้ จดจำ และนำไปปฏิบัติได้ดีขึ้น ในส่วนของฟันเทียมควรทำความสะอาดหลังรับประทานอาหาร โดยใช้แปรงสีฟันขนนุ่มร่วมกับการใช้สบู่แล้วล้างออกด้วยน้ำเปล่าโดยมีภาชนะรองไว้เพื่อป้องกันฟันเทียมตกลงพื้น ควรถอดฟันเทียมออกมาแช่น้ำในภาชนะสำหรับแช่ฟันเทียมก่อนนอนทุกครั้ง หากฟันเทียมมีปัญหาควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจและแก้ไข และหากมีอาการขึ้นฝ้าที่ผิดปกติหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับช่องปาก ควรรีบพบทันตบุคลากรเพื่อรับการตรวจ ประเมิน วินิจฉัย และทำการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรมีโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และวางแผนสำหรับกลุ่มอายุหรือกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบกับสุขภาพช่องปาก เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาหรือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น
- 2) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรประเมินผลการศึกษาเป็นระยะๆ เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมรวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ด้วยการศึกษาวิจัยตามโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาจากท่าน ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยในการนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ อีกทั้งแก้ไขข้อบกพร่องของบทความวิจัยฉบับนี้จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลควนเนียง ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาจัดทำบทความวิจัยฉบับนี้ และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพควนเนียง ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลของหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เข้าใจบริบทพื้นที่ และมีความสะดวกแก่การเก็บข้อมูลมากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลรัตภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ที่เสียสละเวลาอำนวยความสะดวกตลอดการเก็บข้อมูลเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการที่เสียสละเวลาให้ความสนใจในการรับความรู้ ให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการในการตรวจสุขภาพช่องปาก และอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลควนเนียงที่ช่วยเหลือ และคอยให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำดีๆ เสมอมา

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ชาย น้องสาว ญาติผู้ใหญ่ที่คอยให้ความรัก ความหวังใย ทั้งสนับสนุนจนประสบความสำเร็จในการทำบทความวิจัยฉบับนี้ ดังนั้นหากเกิดประโยชน์อันใดจากศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนั้นแต่บุพการี อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อ และข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกรปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การอ้างอิง

ยูลีสี่ ลิเก, อรชินี พลานุกุลวงศ์, และสุไรยา หมานระโตะ. ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลฟันเทียม และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(2): 107-23.

Like Y, Palanukunwong O, and Manratoh S. The effect of dental health promotion to knowledge, skills, denture care behaviors and dental plaque of diabetic patients wearing

partial removable dentures. Journal of Education and Research in Public Health. 2024; 2(2): 107-23.

เอกสารอ้างอิง

- [1] International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 8th ed. International Diabetes Federation. 2017.
- [2] Kidambi S, and Patel SB. Diabetes mellitus: considerations for dentistry. The Journal of the American Dental Association. 2008; 139: 8-18.
- [3] กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ, สำนักงานกิจการโรงพยาบาลคุ้มครองการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2559.
- [4] Albert DA, Ward A, Allweiss P, Graves DT, Knowler WC, Kunzel C, and et al. Diabetes and oral disease: implications for health professionals. Annals of the New York Academy of Sciences. 2012; 1255(1): 1-15. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06460.x.
- [5] Rajhans NS, Kohad RM, Chaudhari VG, Mhaske NH. A clinical study of the relationship between diabetes mellitus and periodontal disease. Journal of Indian Society of Periodontology. 2011; 15(4): 388-92. DOI: 10.4103/0972-124X.92576.
- [6] สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2556-2560. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2564 จาก <http://www.skho.moph.go.th/skho/newsget.php?newsid=76>.
- [7] พรพิมล อุลิตผล. การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3(3): 441-52.
- [8] ศุภศิลป์ ดิรัक्षा, วิภาดา จิตรปรีดา, สุพัตรา บุญเจียม, และอนวัช ภูทองนาค. ผลของโปรแกรมความรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 3(1): 65-76.
- [9] Faul F, Erdfelder E, Lang AG, and Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2): 175-91. DOI: 10.3758/bf03193146.
- [10] Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 1988.
- [11] นภาพร ศรีบุญเรือง. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลฟันเทียม. สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2564 จาก http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5717035199_4349_3904.pdf.

- [12] ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2564 จาก http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5717035223_5267_3884.pdf.
- [13] Basher M, Bakdash, John M, Proshek. Oral hygiene status of dental students as related to their personal and academic profiles. *Journal of Periodontal Research*. 1979; 14(5): 438-43. DOI: 10.1111/j.1600-0765.1979.tb00242.x.
- [14] Richard N., Thomas M and Sullivan. Oral Hygiene Skill Achievement Index. *Journal of Periodontology*. 1981; 52(3): 143-9.
- [15] รัตนา บัวลอย. การดูแลรักษาปาลอมในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน 2564 จาก https://archive.lib.cmu.ac.th/full/res/2542/treshsc510207_42_full.pdf.
- [16] เสาวภา วิชาดี. รูปแบบการเรียนของผู้เรียนในมุมมองของทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์. *วารสารนักบริหาร*. 2554; 31(1): 175-80.
- [17] ขวัญเรือน ทิพย์พูล. ผลของโปรแกรมประยุกต์การจัดการและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2553.
- [18] สรวงสุดา บุษบา, และสุขสมัย สมพงษ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร. *วารสารทันตภิบาล*. 2561; 29(2): 1-12.
- [19] อสิริยาภรณ์ สุรสีหเสนา. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานหมู่บ้านโสภ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
- [20] Deeraksa S, Leangubon J, and Thaewpia S. The effectiveness of oral health program by learning with a group discussion for oral health behaviors of patients with diabetes mellitus in the Sanitarium Thakhuntho Sub District, Thakhuntho District, Kalasin Province. *Thai Dental Nurse Journal*. 2014; 25(2): 45-58.
- [21] Bandura A, Freeman WH, and Lightsey R. Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1999; 13(2): 158-66. DOI: 10.1891/0889-8391.13.2.158.
- [22] ประภัสสร ลือโสภากา, บัชรุณ ศรีชัยกุล, และสุริยา รัตนปริญญา. ผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลสระบัว อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 2557; 33(1): 46-54.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

The Influencing Factors of the Dengue Hemorrhagic Fever Operational Prevention
of the Village Health Volunteers, Ban Laem District, Phetchaburi Province

กฤษณะ พิมพ์ไทย^{1*}

Kritsana Pimthai^{1*}

¹ โรงพยาบาลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี 76110

¹ Ban Laem Hospital, Ban Laem District, Phetchaburi Province. 76110

* Corresponding Author: กฤษณะ พิมพ์ไทย E-mail: najung_2010@hotmail.co.th

Received: 3 December 2023

Revised: 16 January 2024

Accepted : 8 February 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับปัจจัยนำ ระดับปัจจัยเอื้อ และระดับปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน 2) ระดับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่าง 208 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ตรวจสอบเครื่องมือด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีทัศนคติอยู่ในระดับปรับปรุง ปัจจัยเอื้อด้านความพร้อมของทรัพยากร อยู่ในระดับต้องปรับปรุง และด้านทักษะในการใช้ทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง การดำเนินการป้องกันการโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า แรงจูงใจ ทักษะในการใช้ทรัพยากร การได้รับการอบรมหรือประชุม (บางครั้ง) การไม่เคยได้รับการอบรมหรือประชุม และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายการผันแปรของการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ได้ร้อยละ 59.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรนำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพมาประยุกต์ใช้โดยสร้างแรงจูงใจ และแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับ อสม. เพื่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ พยาบาลชุมชนควรเสริมทักษะการใช้ทรัพยากร และจัดโปรแกรมการอบรมให้กับ อสม. เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

คำสำคัญ: การดำเนินงานป้องกันโรค แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ โรคไข้เลือดออก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This cross-sectional survey aims to study 1) the level of leading, contributing, and additional or supporting factors; 2) the level of dengue fever prevention operations; and 3) the influential factors of dengue fever prevention operations of village health volunteers (VHV). The 208 VHV was selected by stratified sampling. Data was collected by questionnaires, which were examined by three experts, then analysed using descriptive statistics and multiple stepwise regression statistics. The findings showed that most participants have good knowledge about Dengue fever prevention and have an attitude towards it at an improved level. The sufficiency of resources is at the level that needs to be improved, and the skill in resource usage is at a moderate level. The additional factors or supporting factors in terms of social support and motivation are at a level that needs to be improved. The prevention operations of dengue fever among VHV as whole image were moderate. The influential factors in dengue fever's prevention among VHV were motivation, skills in resource usage, receiving training or meetings (sometimes), never receiving training or meetings, and social support, which can explain the variation in dengue fever prevention operations of VHV by 59.0% with statistical significance (p -value < 0.01). Therefore, the Ministry of Public Health should apply the health promotion planning model by creating incentives and social support for VHV to prevent dengue fever more effectively. Moreover, community nurses should enhance their skills in using resources and organise training programmes for VHV to prevent dengue fever in the community.

Keywords: Preventive operation, Health promoting planning model, Dengue fever, Village health volunteers

บทนำ

โรคไข้เลือดออกได้ระบาดในประเทศไทยมานานกว่า 50 ปี ปัจจุบันได้มีการกระจายไปทั่วประเทศทุกจังหวัด และอำเภอ ซึ่งการกระจายของโรคไข้เลือดออกมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา ปัจจัยที่สำคัญของการแพร่กระจายมีความซับซ้อน และแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง เมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยสะสมรวม 15,260 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 23.32 ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 27 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ 0.81 มีการกระจายของโรคไข้เลือดออกตามกลุ่มอายุ พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี มีอัตราป่วย 73.36 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้ป่วยสูงสุดในอาชีพ นักเรียน ร้อยละ 45.8 พบผู้ป่วยในสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 0.95 และการกระจายของโรคไข้เลือดออก พบมากในภาคใต้โดยมีอัตราป่วยสูงถึง 78.06 ต่อประชากรแสนคน [1]

อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี มีประชากรจำนวน 52,847 คน รับผิดชอบทั้งหมด 10 ตำบล มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 846 คน [2] เป็นอาสาสมัครในชุมชนที่ปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า และเป็นตัวแทนจากชาวบ้านที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อร่วมมือกับทางราชการในการดูแลด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ บทบาทของ อสม. จะต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ส่งต่อไปยังประชาชน พร้อมด้วยการดำเนินงานด้านอื่นๆ มาจนถึงปัจจุบัน [3] ในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก อาทิ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การให้สุขศึกษาแก่ประชาชน การกำจัดยุงตัวเต็มวัย เช่น การพ่นสารเคมี การพ่นหมอกควันหรือสเปรย์กำจัดยุง และการควบคุมเมื่อเกิดโรคระบาด [4] ซึ่งในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ได้แก่ การเฝ้าระวังในคน การเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมในชุมชน การติดตามประเมินผล การประสานผู้ป่วยในพื้นที่ การพ่นสารเคมี การควบคุมลูกน้ำยุงลาย การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว การนัดหมายชาวบ้าน การคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ และการรายงานผลการดำเนินงานไข้เลือดออก [5] บทบาทดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ตามแนวคิดของ Green & Kreuter [6] เป็นโมเดลที่ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งหมด 9 ระยะ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าพฤติกรรม การดำเนินงานของบุคคลสามารถวัดได้หลายปัจจัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำระยะที่ 3 และ 4 ของแบบจำลอง มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งในระยะที่ 3 เป็นระยะของการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับโรคไข้เลือดออก เป็นการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต รวมถึงการวิเคราะห์เหตุการณ์สิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือมีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ สำหรับระยะที่ 4 เป็นการนำสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพจากระยะที่ 3 มาประเมินพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวกับบุคคล เหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ เป็นต้น (2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factors) หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขหรือสื่อมวลชน เป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยข้างต้นจะเป็นแรงจูง และเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรม (3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลและหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงได้นำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพมาประยุกต์ เพื่อการศึกษาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 1,878 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 27.90 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับ คำนวณย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) พบการระบาดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และมีผู้ป่วยน้อยกว่ากับคำนวณ แต่ยังคงดำเนินการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ จังหวัดเพชรบุรี มีอัตราป่วยเป็นอันดับสองในเขตสุขภาพที่ 5 มีอัตราป่วย 13.81 ต่อประชากรแสนคน พบการระบาด

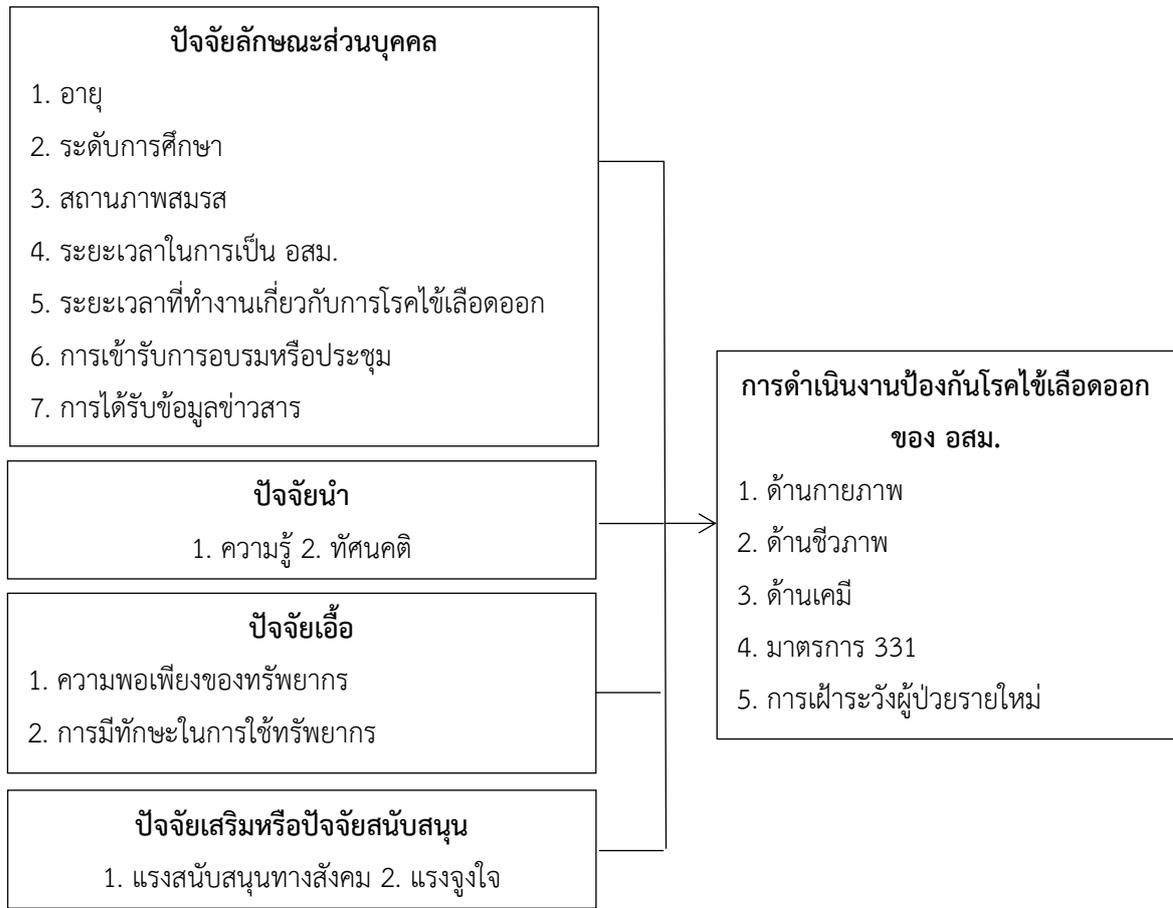
ของโรคไข้เลือดออกทุกปี จากการรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2561 - 2565) พบมีอัตราป่วย 66.06, 70.96, 9.78, 146.82 และ 4.77 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งถึงแม้ว่า การระบาดของโรคไข้เลือดออกของอำเภอบ้านแหลมจะมีอัตราที่น้อยลง แต่ยังคงต้องดำเนินการป้องกันอย่างต่อเนื่อง [7] ทั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และครอบครัวให้พ้นภัยจากโรคไข้เลือดออก และรายงานการติดเชื้อให้ทันเวลาที่แสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่ต้องแสดงบทบาทของพยาบาลชุมชนให้ครบทุกบทบาท ได้แก่ บทบาทการให้การดูแล (Caregiver) ผู้ประสานและผู้สนับสนุน (Coordinator and collaborator) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Facilitator or change agent) การเป็นครูหรือผู้นิเทศ (Teacher and supervisor) เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) ผู้วิจัย (Researcher) และผู้บริหารจัดการ (Manager) [8] ฉะนั้น เพื่อให้การป้องกันโรคไข้เลือดออกบรรลุเป้าหมายจะต้องมีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมทุกประเด็น กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ และองค์กรรวม โรงพยาบาลบ้านแหลม จึงได้ประยุกต์ใช้ข้อกำหนดการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข เป็นมาตรการในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยร่วมมือกับ อสม. จากปัญหาและความสำคัญข้างต้น หากผู้วิจัยทราบปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี การศึกษาดังกล่าวนี้จะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลบ้านแหลม และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ระดับปัจจัยเอื้อ ระดับปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน และระดับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ตามแนวคิดของ Green & Kreuter [6] ประกอบด้วย (1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ 1. อายุ 2. ระดับการศึกษา 3. สถานภาพสมรส 4. ระยะเวลาในการเป็น อสม. 5. ระยะเวลาที่ทำงานเกี่ยวกับการโรคไข้เลือดออก 6. การเข้ารับการอบรมหรือประชุม และ 7. การได้รับข้อมูลข่าวสาร (2) ปัจจัยนำ ได้แก่ 1. ความรู้ และ 2. ทศนคติ (3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ 1. ความพอเพียงของทรัพยากร 2. การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร และ (4) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ 1. แรงสนับสนุนทางสังคม และ 2. แรงจูงใจ สำหรับตัวแปรตาม ผู้วิจัยได้ประยุกต์การดำเนินงานป้องกันไข้เลือดออกของ อสม. ประกอบด้วย (1) ด้านกายภาพ (2) ด้านชีวภาพ (3) ด้านเคมี (4) มาตรการ 331 และ (5) การเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. ในพื้นที่อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 846 คน [2]

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจากโปรแกรม G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดเล็ก เท่ากับ 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Error) = 0.05 กำลังทดสอบ (Power of test) = 0.95 ตัวแปรต้น 13 ตัวแปร ได้คำนวณ

กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 189 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายจากข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 จำนวน 19 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 208 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการสุ่มอย่างง่าย จาก 10 ตำบล จัดขนาดตำบลเป็นขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก สุ่มเลือกตำบลขนาดใหญ่ จำนวน 1 ตำบล ตำบลขนาดกลาง จำนวน 1 ตำบล และตำบลขนาดเล็ก จำนวน 2 ตำบล รวมเป็น 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านแหลม ตำบลบางแก้ว ตำบลบางตะบูนออก และตำบลแหลมผักเบี้ย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของ อสม. โดยการหยิบฉลากอย่างง่ายตามสัดส่วนของ อสม. แต่ละตำบลที่สุ่มได้ มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข
- 2) เป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- 3) เป็น อสม. ที่ทำงานเกี่ยวกับการโรคไข้เลือดออก
- 4) ยินยอมตอบแบบสอบถามการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์
- 2) ลาออกขณะทำการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนจากวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ได้แก่ 1) อายุ 2) ระดับการศึกษา 3) สถานภาพสมรส 4) ระยะเวลาในการเป็น อสม. 5) ระยะเวลาที่ทำงานเกี่ยวกับการโรคไข้เลือดออก 6) การเข้ารับการอบรมหรือประชุม และ 7) การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ โดยถ้าตอบถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผล โดยการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำแนกเป็น 3 กลุ่ม [9] คือ ระดับดี (คะแนนร้อยละ ≥ 80) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79) และระดับต้องปรับปรุง (คะแนนร้อยละ < 60)

2.2 ทักษะเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ผู้วิจัยจะทำการแปรคะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย 1) ความพอเพียงของทรัพยากร จำนวน 12 ข้อ และ 2) การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด

(5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ผู้วิจัยจะทำการแปรคะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ และ 2) การได้รับแรงจูงใจ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ผู้วิจัยจะทำการแปรคะแนน

ส่วนที่ 5 การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านกายภาพ จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านชีวภาพ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านเคมี จำนวน 7 ข้อ 4) มาตรการ 331 จำนวน 15 ข้อ และ 5) การเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ คือ เป็นประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) น้อยครั้ง (2 คะแนน) และไม่ค่อย/ไม่เคย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ผู้วิจัยจะทำการแปรคะแนน

การแปลคะแนน แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 โดยการจัดเป็น 3 ระดับ [10] ดังนี้ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับต้องปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นำผลคะแนนการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ จะไม่ได้คะแนน (0 คะแนน) โดยข้อคำถามที่ดีจะมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 – 1.00 ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่ดี ที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 – 1.00 มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเคอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) โดยพิจารณาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.784

แบบสอบถามด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน และการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ 1) ทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.810 2) ปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 0.766 3) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน เท่ากับ 0.906 การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.895 และทั้งหมด เท่ากับ 0.943

4. การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือน 15 กันยายน – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

- 1) จัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธาน อสม. ของหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ส่งหนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) นักวิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อของ รพ.สต. เป็นผู้ติดตามแบบสอบถาม
- 3) ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อของ รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยอ่านแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย
- 4) ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ได้แก่

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเอื้อ และการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก
- 2) สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นตรง ดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรอยู่ในระดับ Interval โดยตัวแปรกลุ่มดำเนินการแปลงเป็น Dummy variable ส่วนตัวแปรตามอยู่ในระดับ Interval 2) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูปประฆังคว่ำ มีสมมาตร จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 3) ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่า ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์ 4) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 4.577 และพิจารณาค่า Tolerance พบว่า มีค่าน้อยสุด 0.218 5) กราฟ Normal plot มีการแจกแจงแบบปกติ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ 0.000 7) มีความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.966

ผลการศึกษา

- 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 172 คน ร้อยละ 82.7 มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด จำนวน 89 คน ร้อยละ 42.8 อายุเฉลี่ย 54.69 ปี (S.D. = 9.99) อายุต่ำสุด 29 ปี สูงสุด 80 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 79 คน ร้อยละ 38.0 ประมาณ 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.3 กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. อยู่ระหว่าง 11 - 20 ปี จำนวน 75 คน ร้อยละ 36.1 ระยะเวลาเฉลี่ย 15.74 ปี (S.D. = 10.82) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 43 ปี มีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน

โรคไข้เลือดออก อยู่ระหว่าง 11 - 20 ปี จำนวน 62 คน ร้อยละ 29.8 ปี (S.D. = 13.25) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 43 ปี ได้รับข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผ่านทางสื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน อสม.หรือคนในครอบครัว/ชุมชน มากที่สุด จำนวน 148 คน ร้อยละ 71.2

2) ระดับปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.5 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุง ร้อยละ 78.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.2 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ปัจจัยนำเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของ อสม. (n = 208)

ปัจจัยนำ	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับต้องปรับปรุง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้	154 (74.0)	51 (24.5)	3 (1.5)
ทัศนคติ	0 (0.0)	44 (21.2)	164 (78.8)

3) ระดับปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน และการดำเนินงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านความพอเพียงของทรัพยากร อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (\bar{X} = 2.28, S.D. = 0.51) และด้านทักษะในการใช้ทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.47, S.D. = 0.57) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (\bar{X} = 2.01, S.D. = 0.62; \bar{X} = 2.20, S.D. = 0.54) สำหรับการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.41, S.D. = 0.55) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านชีวภาพ (\bar{X} = 3.37, S.D. = 0.95) และด้านเคมี (\bar{X} = 2.50, S.D. = 0.65) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คือ ด้านกายภาพ (\bar{X} = 2.27, S.D. = 0.66) มาตรการ 331 (\bar{X} = 1.98, S.D. = 0.62) และการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ (\bar{X} = 1.92, S.D. = 0.63) ดังแสดงในตารางที่ 2 - 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. (n = 208)

ปัจจัยในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ปัจจัยเอื้อ			
ความพอเพียงของทรัพยากร	2.28	0.51	ต้องปรับปรุง
ทักษะในการใช้ทรัพยากร	2.47	0.57	ปานกลาง
ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน			
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.01	0.62	ต้องปรับปรุง
แรงจูงใจ	2.20	0.54	ต้องปรับปรุง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม.
(n= 208)

การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านกายภาพ	2.27	0.66	ต้องปรับปรุง
ด้านชีวภาพ	3.37	0.95	ปานกลาง
ด้านเคมี	2.50	0.65	ปานกลาง
มาตรการ 331	1.98	0.62	ต้องปรับปรุง
การเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่	1.92	0.63	ต้องปรับปรุง
ภาพรวม	2.41	0.55	ปานกลาง

4) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. คือ แรงจูงใจ ทักษะในการใช้ทรัพยากร การได้รับการอบรมหรือประชุม (บางครั้ง) การไม่เคยได้รับการอบรมหรือประชุม และแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ เมื่อ อสม. มีแรงจูงใจ เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.491 คะแนน ($b = 0.491$) เมื่อ อสม. มีทักษะในการใช้ทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.243 คะแนน ($b = 0.243$) เมื่อ อสม. ได้รับความอบรมหรือประชุม (บางครั้ง) เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง 0.153 ($b = -0.153$) เมื่อ อสม. ไม่ได้รับความอบรมหรือประชุม เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง 0.343 ($b = -0.343$) เมื่อ อสม. มีแรงสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.137 ($b = 0.137$) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ได้ร้อยละ 59.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) โดยสามารถเขียนสมการทำนายการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y_i = 0.505 + 0.491 (\text{แรงจูงใจ}) + 0.243 (\text{ทักษะในการใช้ทรัพยากร}) - 0.153 (\text{การได้รับการอบรมหรือประชุมบางครั้ง}) - 0.343 (\text{ไม่เคยได้รับการอบรมหรือประชุม}) + 0.137 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

สมการทำนายรูปแบบมาตรฐาน

$$Z = 0.487 (\text{แรงจูงใจ}) + 0.252 (\text{ทักษะในการใช้ทรัพยากร}) - 0.121 (\text{การได้รับการอบรมหรือประชุมบางครั้ง}) - 0.113 (\text{ไม่เคยได้รับการอบรมหรือประชุม}) + 0.155 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน (n = 208)

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	b	Beta	R	R ²	adjR ²	t	p-value
แรงจูงใจ	0.491	0.487	0.723	0.522	0.520	6.953	< 0.001*
ทักษะในการใช้ทรัพยากร	0.243	0.252	0.754	0.569	0.565	4.409	< 0.001*
ได้รับการอบรมหรือประชุม (บางครั้ง)	-0.153	-0.121	0.760	0.578	0.572	-2.662	0.009*
ไม่เคยได้รับการอบรมหรือประชุม	-0.343	-0.113	0.768	0.589	0.581	-2.512	0.013
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.137	0.155	0.774	0.600	0.590	2.306	0.022

Constant = 0.505, R = 0.774, R-Square = 0.600, R-Square_{adj} = 0.590, SEets = 0.352, F = 60.545

*p-value < 0.01

อภิปราย

1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทราบดีว่าการกำจัดหรือลดแหล่งวางไข่ของยุงลายเป็นวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งตอบถูกถึงร้อยละ 98.1 และยังทราบว่า อาการของโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีไข้สูงไม่ลด 2 - 7 วัน ปวดศีรษะ และปาก หน้าแดง ตอบถูกร้อยละ 95.2 แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังตอบผิดว่า เชื่อที่ทำให้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก คือ เชื้อไวรัสเด็งกี และโรคไข้เลือดออกพบได้เฉพาะในฤดูฝนเท่านั้น ร้อยละ 36.1 แสดงให้เห็นว่า เมื่อ อสม. ทราบวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง ก็จะทำให้สามารถดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ ประกอบกับ อสม. ทราบอาการเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออกก็สามารถที่จะเฝ้าระวัง และแนะนำบุคคลในชุมชนได้อีกด้วย แต่ทั้งนี้ อสม. ยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับฤดูกาลที่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และเชื้อเด็งกีที่เป็นเชื้อของโรคไข้เลือดออก ซึ่งอาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในช่วงที่ไม่อยู่ในฤดู สอดคล้องกับการศึกษาของไกรศิลป์ ศิริวิบูลย์ และศิริรัตน์ กัญญา [11] ที่พบว่า ระดับความรู้ของ อสม. อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อยู่ในระดับสูง แต่แตกต่างกับการศึกษาของสุรพล สิริยานนท์ [12] ที่พบว่า อสม. อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทธิ พลรักษา [13] ที่พบว่า อสม. มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปรับปรุง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การพ่นหมอกควันไม่สามารถควบคุมยุงลายได้เนื่องจากหลังพ่นก็ยังมียุงอยู่ (\bar{X} = 3.75, S.D. = 0.92) และการป้องกันไม่ให้เด็กถูกยุงกัดเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากมียุงลายเป็นจำนวนมาก (\bar{X} = 3.13, S.D. = 1.29) ซึ่งอยู่ในทัศนคติระดับปานกลาง ทั้งนี้ ยังมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ 2 อันดับแรก คือ โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่อันตรายต่อชีวิต (\bar{X} = 1.44, S.D. = 0.54) และโรคไข้เลือดออกจะมีโอกาสเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย (\bar{X} = 1.35, S.D. = 0.49) อธิบายได้ว่า เมื่อ อสม. ไม่ตระหนักถึงอันตรายจากโรคไข้เลือดออก และยังคงคิดว่าโรคไข้เลือดออกเกิดได้เฉพาะวัย ก็จะส่งผลให้มีการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง แตกต่างกับ

การศึกษาของสุรพล สิริปิยานนท์ [12] ที่พบว่า อสม. อำเภอชวิรบารมี จังหวัดพิจิตร มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ด้านความพอเพียงของทรัพยากร อยู่ในระดับต้องปรับปรุง โดยบ้านของ อสม. และบริเวณบ้านที่รับผิดชอบมีการปล่อยปลาหางนกยูงหรือปลาสด ลงไปในภาชนะที่มีน้ำขัง เช่น อ่างบัวหรือภาชนะที่มีพืช ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 1.02) และมีการใช้เกลือ ผงซักฟอก หรือน้ำส้มสายชู สำหรับไว้ใส่ภาชนะเพื่อป้องกันยุงลาย ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 1.05) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แต่ทั้งนี้ การมีทรายอะเบทสำหรับกำจัดลูกน้ำ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปรับปรุง ($\bar{X} = 1.78$, S.D. = 0.79) ส่งผลให้ความคิดเห็นด้านความพอเพียงของทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า อสม. ยังคงมีความคาดหวังจากหน่วยงานราชการที่สนับสนุนทรายอะเบทในการป้องกันไม่ให้ยุงลายวางไข่ในน้ำ แต่ทั้งนี้ อสม. ยังมีวิธีอื่นที่สามารถกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ แตกต่างกับการศึกษาของสุรพล สิริปิยานนท์ [12] ที่พบว่า อสม. อำเภอชวิรบารมี จังหวัดพิจิตร มีระดับความพอเพียงของทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนด้านทักษะในการใช้ทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง โดยก่อนที่จะใส่ทรายอะเบทลงไปในน้ำจะขัดล้างภาชนะก่อนทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.21$, S.D. = 1.03) ส่วนการนอนในมุ้งหรือมุ้งลวดทุกคืนเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($\bar{X} = 1.64$, S.D. = 0.78) แสดงให้เห็นว่า ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อสม. มีทักษะเบื้องต้นในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่การป้องกันตนเองขณะเพื่อไม่ให้ยุงกัดยังอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพล สิริปิยานนท์ [12] ที่พบว่า อสม. อำเภอชวิรบารมี จังหวัดพิจิตร มีระดับด้านทักษะในการใช้ทรัพยากรอยู่ในระดับดี

3) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การจัดประชุมเพื่อชี้แจงข่าวสารความเคลื่อนไหวในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นประจำทุกเดือน ($\bar{X} = 1.83$, S.D. = 0.77) การได้รับข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน ($\bar{X} = 1.87$, S.D. = 0.82) ส่วนแรงจูงใจข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไว้ชัดเจน เหมาะสม ง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งอยู่ในระดับปรับปรุง ($\bar{X} = 1.77$, S.D. = 0.64) แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่จะให้ อสม. ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยสนับสนุน และเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ แต่ทั้งนี้ในงานวิจัยฉบับนี้ พบว่า ปัจจัยสนับสนุน และแรงจูงใจดังกล่าว อยู่ในระดับต้องปรับปรุง จึงทำให้อยู่ในระดับต้องปรับปรุงไปด้วย แตกต่างกับการศึกษาของอดิเทพ จินดา [14] ที่พบ ระดับแรงจูงใจในการดำเนินงานของ อสม. จังหวัดพังงา อยู่ในระดับมาก แตกต่างกับการศึกษาของสุรพล สิริปิยานนท์ [12] ที่พบว่า อสม. อำเภอชวิรบารมี จังหวัดพิจิตร มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง

4) การดำเนินงานการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านชีวภาพ ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.95) และด้านเคมี ($\bar{X} = 2.50$, S.D. = 0.65) สอดคล้องกับการศึกษาของพนม นพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว [15] ที่พบว่า การดำเนินงานของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลบางปรก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกับ

การศึกษาของไกรศิลป์ ศิริวิบูลย์ และศิริรัตน์ กัญญา [11] ที่พบว่า ระดับการดำเนินงานของ อสม. อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทือง ฉำน้อย [16] ที่พบว่า การดำเนินงานของ อสม. อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร อยู่ในระดับสูง และเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง คือ ด้านกายภาพ ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.66) มาตรการ 331 ($\bar{X} = 1.98$, S.D. = 0.62) และการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ ($\bar{X} = 1.92$, S.D. = 0.63) แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานของ อสม. ยังต้องปรับปรุงในด้านต่างๆ ดังกล่าว ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าในการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ได้มีมาตรการต่างๆ ที่จะให้ อสม. ดำเนินการ แต่ด้วยว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่น จึงทำให้ อสม. ยังคงดำเนินการแบบเดิมๆ หรืออาจจะไม่เข้าใจในนโยบายที่มีมาตรการเข้ามาให้ดำเนินการอยู่ตลอดเวลา

5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 59.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) คือ แรงจูงใจ สามารถทำนายได้มากที่สุด อภิปรายได้ว่า อสม. ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่เข้ามามีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคจะต้องร่วมกันออกแบบกับชุมชนเพื่อป้องกันไม่ให้พื้นที่เกิดโรคซ้ำซาก ฉะนั้น การสร้างแรงจูงใจให้กับ อสม. ทั้งการยอมรับนับถือ การได้รับความยกย่อง การให้โอกาสทางการศึกษา สิทธิสวัสดิการต่างๆ รวมถึงค่าตอบแทนที่ อสม. ควรจะต้องได้รับเป็นปัจจัยที่ทำให้ อสม. สามารถดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ แตกต่างกับการศึกษาของพนม นพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว [15] ที่พบว่า แรงจูงใจไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลบางปรก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เช่นเดียวกับอติเทพ จินดา [14] ที่พบ แรงจูงใจไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของ อสม. จังหวัดพังงา

สำหรับการมีทักษะในการใช้ทรัพยากร และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายได้ และเป็นไปในทางบวก แสดงให้เห็นว่า การที่ อสม. มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือกระทรวงสาธารณสุข จะทำให้ อสม. มีการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งแรงสนับสนุนดังกล่าว อาจจะเป็นการกล่าวชื่นชม คำแนะนำ ที่สร้างขวัญและกำลังใจให้กับ อสม. ได้ ทั้งนี้ การมีทักษะการใช้ทรัพยากรก็มีส่วนสำคัญ เพราะจะเป็นทักษะพื้นฐานที่ อสม. สามารถนำไปแนะนำให้กับบ้านที่รับผิดชอบได้ และทำให้ อสม. มีความมั่นใจในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น แตกต่างกับการศึกษาของพนม นพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว [15] ที่พบว่า ทักษะในการใช้ทรัพยากร และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลบางปรก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ส่วนการได้รับอบรมหรือประชุมบางครั้ง และการไม่ได้รับอบรมหรือประชุม สามารถทำนายได้ แต่เป็นไปในทางลบ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นชัดว่า หาก อสม. ไม่มีความรู้ ก็จะเกิดความไม่มั่นใจ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางด้านสุขภาพรวมถึงพยาบาลชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือ และค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมรวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกิดซ้ำ ฉะนั้น การอบรมให้ความรู้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ยังเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้กับ อสม. เพื่อสร้างความมั่นใจในการดำเนินงานและทำให้ อสม. มีทักษะในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะนโยบายใหม่ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการให้ อสม. มีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของไกรศิลป์ ศิริวิบูลย์ และศิริรัตน์ กัญญา [11] ที่พบว่า ความถี่ในการอบรมฟื้นฟู และให้ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของ อสม. อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน แตกต่างกับการศึกษาของพนม นพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว [15]

ที่พบว่า การอบรมไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของ อสม. ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เช่นเดียวกับอดีตเทพ จินดา [14] ที่พบ การอบรมไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของ อสม. จังหวัดพังงา

สรุป

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีการกระจาย และมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา อสม. เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ฉะนั้น เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี มีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน สร้างแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการอบรมเพิ่มทักษะให้กับ อสม. ทั้งนี้ ผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญ คือ พยาบาลชุมชน ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงาน ให้เกิดความร่วมมือกันทุกภาคส่วน นำความรู้ใหม่ๆ ที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์ มาประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้แก่ อสม. โดยสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ และสามารถจัดโปรแกรมการอบรมให้กับ อสม. เพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย จากผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจ ทักษะการใช้ทรัพยากร และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายได้ และเป็นไปในทิศทางบวก ฉะนั้น การสร้างแรงจูงใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม อาทิ สวัสดิการต่างๆ การให้เกียรติบัตร การให้คำยกย่อง ชมเชยจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนบ้าน จะส่งผลให้ อสม. มีการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนการเสริมทักษะการใช้ทรัพยากร ก็มีส่วนสำคัญ เพราะจะทำให้ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติ พยาบาลชุมชนจะมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ฉะนั้น จึงต้องมีการบูรณาการในการป้องกันโรค สังเกตได้จากการได้รับการอบรม สามารถทำนายได้ แต่เป็นไปในทิศทางลบ ฉะนั้น พยาบาลชุมชนจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะให้ความรู้แก่ อสม. เพราะจะทำให้การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามบริบทพื้นที่ของอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่จริยธรรม 41/2566

การอ้างอิง

กฤษณะ พิมพ์ไทย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(2): 124-39.

Pimthai K. The influencing factors of the dengue hemorrhagic fever operational prevention of the village health volunteers, Ban Laem District, Phetchaburi Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2024; 2(2): 124-39.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2565. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
- [2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแหลม. ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านแหลม. เพชรบุรี, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแหลม. 2566.
- [3] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2564.
- [4] สิทธิพร ศิริไพรวรรณ. ถอดบทเรียน DHS South การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอประเด็นโรคไข้เลือดออก. สงขลา, มูลนิธิสุขภาพภาคใต้. 2560.
- [5] เชิดศักดิ์ ปรงคำมา. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านลั่นฟ้า หมู่ที่ 8 ตำบลแคนเหนือ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.
- [6] Green L, and Kreuter M. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York, McGraw Hill. 2005.
- [7] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี. รายงานโรคติดต่อ. ราชบุรี, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี. 2565.
- [8] อัมพร เจริญชัย, เป็รื่องจิตร ฆารรัศมี, และอรสา กงตาล. การพยาบาลชุมชน 1. ขอนแก่น, โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2551.
- [9] Bloom BS. What we are learning about teaching and learning: A summary of recent research. Principal. 1986; 66(2): 6-10.
- [10] Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey, Prentice Hall Inc. 1977.
- [11] ไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์, และศิริรัตน์ กัญญา. การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการทำงานควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2564; 29(1): 129-38.
- [12] สุรพล สิริเปียนนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอลำปาง จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563; 4(8): 85-103.

- [13] สุทธิ พลรักษา. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 3(1): 101-12.
- [14] อติเทพ จินดา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2560; 31(3): 555-68.
- [15] พนม นพพันธ์, และธรรมศักดิ์ สายแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2559; 1(1): 39-62.
- [16] ประเทือง ฉ่ำน้อย. การศึกษาระดับการความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา: อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. [รายงานวิจัย]. นครสวรรค์, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2558.

ประสิทธิภาพการกดหน้าอกภายหลังการอบรมด้วยโมเดลหุ่นของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี
Efficiency of Chest Compressions by Nurses at Pattani Hospital after Training with
a Manikin Model

ชาร์ฟ หะยีปือซา^{1*}

Shareef Hayibuesa^{1*}

¹ โรงพยาบาลปัตตานี อำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี 94000

¹ Pattani Hospital, Muang Pattani District, Pattani Province. 94000

* Corresponding Author: ชาร์ฟ หะยีปือซา E-mail: shareef.medic@gmail.com

Received : 1 December 2023

Revised : 5 February 2024

Accepted : 22 February 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง รูปแบบมีกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวและมีการสอบวัดผลก่อนและหลังการอบรม การกดหน้าอกในโมเดลหุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการกดหน้าอกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปัตตานีก่อนและหลังการอบรมด้วยโมเดลหุ่นในเดือนมีนาคม 2566 ได้กลุ่มตัวอย่าง 82 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์จากรายชื่อแต่ละแผนกในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รวบรวมข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลตัวชี้วัดประสิทธิภาพการกดหน้าอกในโมเดลหุ่น ฝึกช่วยชีวิตขั้นสูงพร้อมเครื่องบันทึกข้อมูล หุ่นฝึกช่วยชีวิตขั้นสูงนี้ได้รับการสอบเทียบมาตรฐานให้เป็นไปตาม แนวทางปฏิบัติของสมาคมหัวใจอเมริกา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบตัวชี้วัด ประสิทธิภาพ ด้วย Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เข้าอบรมกดหน้าอกในโมเดลหุ่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.9 อายุเฉลี่ย 38.24 ปี (± 6.92) มีดัชนีมวลกาย 23.0 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป ร้อยละ 51.2 มีประสบการณ์การกดหน้าอกมากกว่า 15 ครั้ง ร้อยละ 42.7 ประสิทธิภาพการกดหน้าอกหลัง อบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราเร็วในการกดหน้าอก ความลึกในการกดหน้าอก ระยะเวลาการกดหน้าอก และร้อยละของการขยายตัวกลับของทรวงอก การอบรมการกดหน้าอกของ พยาบาลวิชาชีพด้วยโมเดลหุ่น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการกดหน้าอก จึงควรจัดอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพ ทุกคน

คำสำคัญ: การกดหน้าอก การช่วยชีวิต พยาบาลวิชาชีพ ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน โมเดลหุ่น

Abstract

It was an intervention study in a one-group before and after design study in nurses at Pattani hospital. To study the effectiveness of chest compressions by nurses at Pattani hospital before and after training with a manikins model. Before and after training with the model in March 2023. The sample was 82 nurses. The sample was selected randomly using a computer

program from a list of each department in similar proportions. This advanced life support training manikin model is calibrated to meet American Heart Association guidelines. Collect general information of the nurses attending the training and chest compression efficiency metric data in the manikins. Data were analyzed by descriptive statistics. Compare performance indicators with paired t-test. Nurses who attends chest compression training on a manikins model most were female, 93.9%, mean age 38.24 years (± 6.92), body mass index 23.0 kg/m^2 or more 51.2%, experienced chest compressions more than 15 times 42.7%, the efficiency of chest compressions after training was statistically significantly increased for all indicators, including the average of compression rate, the average of chest compression depth, Minimize interruptions in compressions and the percentage of full chest recoil.

Keywords: Chest compression, Resuscitation, Nurses, Sudden cardiac arrest, Manikins

บทนำ

อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน สถานการณ์ทั่วโลกประมาณ 55 ต่อ 100,000 คนต่อปี โดยส่วนใหญ่จะมาจากสาเหตุโรคหลอดเลือดหัวใจ และความชุกของโรคมึนแวมสูงขึ้น อัตราอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันสูงที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา 180,000 - 450,000 คนต่อปี [1] สถานการณ์ของประเทศไทยจากสถิติอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจปีละประมาณ 50,000 คนต่อปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจหยุดเต้นตามมา [2]

จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในโรงพยาบาลปัตตานี ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 มีจำนวน 270 คน 313 คน และ 348 คน ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยสัญญาณชีพกลับมา (Return of spontaneous circulation) จำนวน 81 คน 75 คน และ 82 คน ตามลำดับ [3] จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่า ความสามารถการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยบุคลากรทางการแพทย์ยังมีคุณภาพไม่ดีพอ [4] และพบว่าช่วงเวลาเดียวกันพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานีขาดการอบรมการกอดหน้าอกในโรงพยาบาล ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทันทีหลังจากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยกำหนดอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย [5]

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การกอดหน้าอก CPR (Cardiopulmonary resuscitation) เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันให้มีการหายใจ และการไหลเวียนของโลหิตกลับคืนสู่สภาพเดิม การฝึกปฏิบัติ และทบทวนความรู้เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยชีวิต การกอดหน้าอกเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support) [6-11] และพยาบาลวิชาชีพควรมีการทบทวนฝึกการกอดหน้าอกอยู่เสมอ [12]

ในปี พ.ศ. 2563 โดยสมาคมหัวใจอเมริกา (American heart association) [1] แนะนำให้กอดหน้าอกผู้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพโดยกดลึกอย่างน้อย 5 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร อัตราการกอดหน้าอก 100

ถึง 120 ครั้งต่อวันที่ การขยายตัวกลับของทรงอก ร้อยละ 100 ระยะเวลาการบวมนการกดหน้าอกให้น้อยกว่า 10 วินาที ร่วมกันทุกตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการกดหน้าอกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานีก่อนและหลังอบรมในโมเดลหุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Intervention) รูปแบบมีกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวและมีการสอบวัดผลก่อนและหลังการอบรม (One-group before and after design) โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

- 1) ทำการทดสอบประสิทธิภาพก่อนเริ่มอบรมกับกลุ่มทดลองทั้งหมด
- 2) ให้กลุ่มทดลองได้รับการอบรมทางทฤษฎี และปฏิบัติด้วยโมเดลหุ่น
- 3) ทำการทดสอบประสิทธิภาพหลังอบรมกับกลุ่มทดลองทั้งหมด

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 514 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการกดหน้าอกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี จากการสำรวจข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกดหน้าอก อ้างอิงจากการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยเก็บข้อมูลก่อนการอบรมและหลังการอบรม จำนวน 10 คน ได้ผล คือ มีผู้ผ่านเกณฑ์ก่อนการอบรม ร้อยละ 86.0 และตั้งสมมติฐานว่าหลังการอบรมผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 กำหนดการทดสอบเป็น Two-sided กำหนดระดับนัยสำคัญ (Significance) หรือความคาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ 0.05 และกำหนด Power ที่ 0.90 กำหนดให้มีจำนวนตัวอย่างในสัดส่วนของ $n_2/n_1 = 1.00$ คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม STATA V.16 ผลิตโดยประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 82 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Computer assisted random sampling) จากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพแต่ละแผนกในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเข้า

ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถกดหน้าอกได้ด้วยปัญหาสุขภาพหรือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีปัญหา ระหว่างการทดลอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

หุ่นฝึกช่วยชีวิตขั้นสูง (Advance life support simulator) เป็นโมเดลหุ่นผู้ใหญ่ พร้อมเครื่องบันทึกข้อมูล (Skill reporter) สามารถเก็บแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการกดหน้าอกเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยจริงที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และแผนกสามารถบันทึกข้อมูล และสั่งพิมพ์ได้ หุ่นฝึกช่วยชีวิตขั้นสูงนี้ได้รับการสอบเทียบมาตรฐานให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมหัวใจอเมริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยบริษัทลาร์ดาล (Laerdal company) ประเทศนอร์เวย์ ปีละ 1 ครั้ง และได้รับการตรวจสอบโดยศูนย์เครื่องมือแพทย์โรงพยาบาลปัตตานี หุ่นฝึกช่วยชีวิตขั้นสูงได้รับการกำหนดมาตรฐานการกดหน้าอกด้วยความลึก 5 ถึง 6 เซนติเมตร อัตราการกดหน้าอก 100 ถึง 120 ครั้งต่อนาที การขยายตัวกลับของทรวงอก ร้อยละ 100 ระยะเวลาการกดหน้าอกให้น้อยกว่า 10 วินาที และเครื่องบันทึกข้อมูลประมวลผลออกมาในรูปแบบแผนภาพ และข้อมูลตัวเลข ดูแลโดยคนที่ผ่านหลักสูตรครูผู้สอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support instructor)

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประชุมเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ซึ่งผ่านหลักสูตรครูผู้สอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support instructor) โดยชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล การใช้หุ่นฝึกช่วยชีวิตขั้นสูง (Advance life support simulator) การใช้เครื่องบันทึกข้อมูล และการสั่งพิมพ์ผลการบันทึก เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลประสิทธิภาพการกดหน้าอกจากหุ่นได้อย่างถูกต้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สถานที่เก็บข้อมูลวิจัย คือ ห้องศูนย์ปฏิบัติการฝึกทักษะจำลอง อาคารเวชระชาเวช ชั้น 8 โรงพยาบาลปัตตานี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมร่วมการวิจัยใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกเอกสารข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย
- 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการกดหน้าอกเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยจริงที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และแผนก
- 4) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการกดหน้าอกก่อนการอบรมในโมเดลหุ่นต่อเนื่อง ในระยะเวลา 2 นาที โดยไม่ต้องช่วยหายใจ วางหุ่นบนเปลนอนในระหว่างทำการกดหน้าอกผู้วิจัยกดที่เครื่องบันทึกข้อมูล ได้แก่ อัตราเร็วในการกดหน้าอก (The average compression rate) ความลึกในการกดหน้าอก (The average compression depth) ระยะเวลาการกดหน้าอก (Interruption duration) และร้อยละของการขยายตัวกลับของทรวงอก (Full chest recoil) หากผู้เข้าร่วมวิจัยกดหน้าอกผ่านทุกตัวชี้วัดถือว่ากดหน้าอกมีประสิทธิภาพ
- 5) อบรมทางทฤษฎีโดยใช้เนื้อหาจากแนวทางการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2563 โดยสมาคมหัวใจอเมริกา (American heart association) [1] เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จากนั้นจึงมีการสอนการฝึกปฏิบัติทักษะการกดหน้าอก เป็นเวลา 2 ชั่วโมง
- 6) หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยอบรมทางทฤษฎี และฝึกปฏิบัติให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกดหน้าอกหลังการอบรมในโมเดลหุ่นต่อเนื่องในระยะเวลา 2 นาที โดยไม่ต้องช่วยหายใจ ผู้วิจัยกดที่เครื่องบันทึกข้อมูล ได้แก่ อัตราเร็วในการกดหน้าอก (The average of compression rate) ความลึกในการกดหน้าอก (The average of

compression depth) ระยะเวลาการกดหน้าอก (Minimize interruptions in compressions) และ ร้อยละของการขยายตัวกลับของทรวงอก (The percentage of full chest recoil) หากผู้เข้าร่วมวิจัยกดหน้าอกผ่านทุกตัวชี้วัด ถือว่ากดหน้าอกมีประสิทธิภาพ

7) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ในการกดหน้าอก เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยจริงที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และแผนกด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบตัวชี้วัดประสิทธิภาพการกดหน้าอก ด้วย Paired t-test โดยใช้โปรแกรม STATA V.16 ผลิตโดยประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.9 อายุเฉลี่ย 38.24 ปี (± 6.92) มีดัชนีมวลกาย 23.0 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป ร้อยละ 51.2 และประสบการณ์ในการกดหน้าอกเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยจริงที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมากกว่า 15 ครั้ง ร้อยละ 42.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี (n = 82)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	S.D.
เพศ				
ชาย	5	6.1		
หญิง	77	93.9		
อายุ (ปี)				
			38.24	6.92
น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
			61.23	13.35
ส่วนสูง (เซนติเมตร)				
			160.00	6.74
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)				
น้อยกว่า 18.5	4	4.9		
18.5 ถึง 22.9	36	43.9		
23.0 ขึ้นไป	42	51.2		
ประสบการณ์การกดหน้าอก เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยจริงที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (ครั้ง)				
น้อยกว่า 5	23	28.0		
5 ถึง 10	14	17.1		
10 ถึง 15	10	12.2		
มากกว่า 15	35	42.7		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	S.D.
แผนก				
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	10	12.1		
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	10	12.1		
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	6	7.3		
ห้องผ่าตัด	8	9.8		
ห้องคลอด	8	9.8		
หอผู้ป่วยในอายุรกรรม	8	9.8		
หอผู้ป่วยในศัลยกรรม	6	7.3		
หอผู้ป่วยในสูติกรรม/นรีเวช	8	9.8		
หอผู้ป่วยใน (พิเศษ)	9	11.0		
ห้องไตเทียม	9	11.0		

ประสิทธิภาพการกดหน้าอกหลังอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราเร็วในการกดหน้าอก ความลึกในการกดหน้าอก ระยะเวลาการบวกรกดหน้าอก และร้อยละของการขยายตัวกลับของทรวงอก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพการกดหน้าอกในโมเดลหุ่นก่อนและหลังการอบรม (n = 82)

ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการกดหน้าอกในโมเดลหุ่น	ก่อน		หลัง		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
อัตราเร็วในการกดหน้าอก (ครั้ง/นาที)	88.01	18.22	109.62	6.23	< 0.001
ความลึกในการกดหน้าอก (เซนติเมตร)	4.12	0.51	5.22	0.34	< 0.001
ระยะเวลาการบวกรกดหน้าอก (วินาที)	7.73	4.13	2.46	1.49	< 0.001
ร้อยละของการขยายตัวกลับของทรวงอก	99.62	0.97	100	0	< 0.001

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 82 คน หลังอบรมกดหน้าอกในโมเดลหุ่น มีประสิทธิภาพการกดหน้าอกทุกตัวชี้วัด จำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 87.5 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละผู้เข้าอบรมกดหน้าอกในโมเดลหุ่นก่อนและหลังการอบรม (n = 82)

ผู้เข้าอบรมกดหน้าอก	ก่อน		หลัง	
	มี ประสิทธิภาพ	ไม่มี ประสิทธิภาพ	มี ประสิทธิภาพ	ไม่มี ประสิทธิภาพ
พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี	8.5	91.5	87.5	12.5

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายต่อหญิงในอัตราส่วนประมาณ 0.6 ต่อ 10 ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลปัตตานีมีพยาบาลวิชาชีพชายในอัตราส่วนที่น้อย สำหรับอายุเฉลี่ยในการศึกษานี้ 38.24 ปี (± 6.92) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Leary M and et al. [13] ที่ศึกษาประสิทธิภาพการกดหน้าอกด้วยโมเดลหุ่นของพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มศึกษา เท่ากับ 37 ปี ในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีค่าดัชนีมวลกาย 23.0 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป ซึ่งการศึกษาของ Sayee N and McCluskey [14] พบว่า ดัชนีมวลกายมีผลต่อความลึกในการกดหน้าอก ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีประสบการณ์การกดหน้าอกมากกว่า 15 ครั้ง มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Mokhtari Nori J and et al. และการศึกษาของ Balian S and et al. [12, 15] พบว่า ประสบการณ์กดหน้าอกที่มากจะช่วยพัฒนาทักษะที่เราให้ดีกว่าเดิม และสร้างทักษะขึ้นมาใหม่ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันให้ดีขึ้น สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันในโรงพยาบาลปัตตานีที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานีมีประสบการณ์การกดหน้าอกที่มาก [3]

กลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมกดหน้าอกในโมเดลหุ่นด้วยอัตราเร็วที่ช้าไป อัตราเร็วในการกดหน้าอกเฉลี่ย 88.01 ครั้งต่อนาที (± 18.22) ตามเกณฑ์สมาคมหัวใจอเมริกา คือ ในช่วง 100 ถึง 120 ครั้งต่อนาที [1] การกดหน้าอกด้วยอัตราเร็วที่ช้าไป กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่คุ้นเคยกับโมเดลหุ่น แต่หลังอบรมมีอัตราเร็วที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ อัตราเร็วในการกดหน้าอกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 109.62 ครั้งต่อนาที (± 6.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Leary M and et al. [13] การศึกษาของ Olasveengen TM and et al. [16] พบว่า อัตราเร็วดังกล่าวสามารถเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดและเพิ่มสัญญาณชีพกลับมา (Return of spontaneous circulation) การกดหน้าอกอย่างต่อเนื่องอาจจะส่งผลต่อความเร็วในการกดหน้าอกเนื่องจากความเหนื่อยล้า จึงมีความจำเป็นที่จะต้องขอความช่วยเหลือจากทีม

กลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมกดหน้าอกในโมเดลหุ่นด้วยความตึงเกินไป ด้วยความลึกในการกดหน้าอกเฉลี่ย 4.12 เซนติเมตร (± 0.51) ไม่ถึงเกณฑ์สมาคมหัวใจอเมริกา คือ กดลึกอย่างน้อย 5 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร [1] แต่หลังการอบรมพบว่ากดด้วยความลึกที่เหมาะสม เฉลี่ย 5.22 เซนติเมตร (± 0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Leary M and et al. [13] และการศึกษาของ Olasveengen TM and et al. [16] พบว่า ความลึกที่เหมาะสมบีบอัดทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดที่สำคัญ และส่งออกซิเจน พลังงานไปยังหัวใจ และสมอง

กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรมกดหน้าอกในโมเดลหุ่นมีระยะเวลาครบวงจรการกดหน้าอกอยู่ในเกณฑ์สมาคมหัวใจอเมริกา คือ น้อยกว่า 10 วินาที การศึกษา Olasveengen TM and et al. [16] พบว่า ระยะเวลาครบวงจรการกดหน้าอกที่น้อยจะส่งผลต่อออกซิเจนระดับเนื้อเยื่อที่เพียงพอ

จากการศึกษาการขยายตัวกลับของทรวงอกอย่างเต็มที่ก่อนการกดหน้าอกในครั้งต่อไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมกดหน้าอกในโมเดลหุ่นขยายตัวไม่ถึง ร้อยละ 100 ไม่ถึงเกณฑ์สมาคมหัวใจอเมริกา คือ ต้องมีการขยายตัวกลับของทรวงอก ร้อยละ 100 แต่หลังอบรมพบว่า สามารถขยายตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษาของ Balian S and et al. สามารถขยายตัวเพียงร้อยละ 80.0 [15] การศึกษาของ Olasveengen TM and et al. [16] พบว่า การคืนตัวของทรวงอกเต็มที่ก่อนกดหน้าอกครั้งต่อไป

มีผลต่อการเพิ่มการไหลเวียนกลับสู่หัวใจ และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นชีวิต

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า หลังอบรมจำนวนพยาบาลวิชาชีพกวดหน้าอกมีประสิทธิภาพทุกตัวชี้วัดมากขึ้นจากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 87.5 ผลจากการศึกษาจะเป็นปัจจัยหนึ่งในการกำหนดอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลปัตตานี การศึกษาของ Sasson C and et al. และการศึกษาของ Mokhtari Nori J and et al. [5, 12] พบว่า พยาบาลวิชาชีพควรมีการทบทวนฝึกการกวดหน้าอกอยู่เสมอ สอดคล้องกับแนวทางการกวดหน้าอกของสมาคมหัวใจอเมริกา (American heart association) [1]

สรุป

การอบรมการกวดหน้าอกของพยาบาลวิชาชีพด้วยโมเดลหุ่นตามเกณฑ์แนวทางปฏิบัติของสมาคมหัวใจอเมริกา (American heart association) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการกวดหน้าอก จึงควรจัดอบรมให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ต้องทำหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรมีการจัดอบรมการกวดหน้าอกของพยาบาลวิชาชีพทุกโรงพยาบาล และควรศึกษาระยะเวลาในการทบทวนว่าควรอบรมทุกกี่เดือน เพื่อกำหนดอยู่ในแผนงานของโรงพยาบาลได้
- 2) ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการกวดหน้าอกของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทุกวิชาชีพ
- 3) ควรมีการประเมินความรู้ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐาน
- 4) การเก็บข้อมูลความสามารถในการช่วยฟื้นชีวิต ควรเพิ่มการช่วยหายใจเข้าไปในการศึกษาด้วย เพื่อให้มีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลปัตตานี ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ นพ.โชติ วงศ์โชนง ดร.จิตรดา ทองดี และนายอนิรุต เกป็น ที่มีส่วนร่วมในการออกแบบการวิจัย ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล อ่าน และรับรองนิพนธ์ต้นฉบับ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี และศูนย์ปฏิบัติการฝึกทักษะจำลองโรงพยาบาลปัตตานีที่อำนวยความสะดวกเครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปัตตานี เลขที่ PTN-012-2566

การอ้างอิง

ชาریف หะยีปือซา. ประสิทธิภาพการกดหน้าอกภายหลังการอบรมด้วยโมเดลหุ่นของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลปัตตานี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(2): 140-9.

Hayibuesa S. Efficiency of chest compressions by Nurses at Pattani Hospital after training with a manikin model. Journal of Education and Research in Public Health. 2024; 2(2): 140-9.

เอกสารอ้างอิง

- [1] Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, and et al. Part 3: Adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2020; 142(16 suppl 2): 366-468. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000916.
- [2] เกรียงไกร เสงร์คมี. หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Cardiac arrest). สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2567 จาก <https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140418>.
- [3] โรงพยาบาลปัตตานี. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน. ปัตตานี, ฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP โรงพยาบาลปัตตานี. 2566.
- [4] Kim EJ, Lee KR, Lee MH, and Kim J. Nurses' cardiopulmonary resuscitation performance during the first 5 minutes in in-situ simulated cardiac arrest. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012; 42(3): 361-8. DOI: 10.4040/jkan.2012.42.3.361.
- [5] Sasson C, Rogers MA, Dahl J, and Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Circulation*. 2010; 3(1): 63-81. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.889576.
- [6] Fanshan M, Lin Z, Wenqing L, Chunlei L, Yongqiang L, and Naiyi L. Functions of standard CPR training on performance qualities of medical volunteers for Mt. Taishan International Mounting Festival. *BMC Emergency Medicine*. 2013; 13(Suppl 1): S3. DOI: 10.1186/1471-227X-13-S1-S3.
- [7] Anderson R, Sebaldt A, Lin Y, and Cheng A. Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: A randomized trial. *Resuscitation*. 2019; 135: 153-61. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2018.10.033.
- [8] Krasteva V, Jekova I, and Didon JP. An audiovisual feedback device for compression depth, rate and complete chest recoil can improve the CPR performance of lay persons during self-training on a manikin. *Physiological Measurement*. 2011; 32(6): 687-99. DOI: 10.1088/0967-3334/32/6/006.
- [9] Cheng A, Lockey A, Bhanji F, Lin Y, Hunt EA, and Lang E. The use of high-fidelity manikins for advanced life support training--a systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 2015; 93: 142-9. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2015.04.004.

- [10] Yeung J, Meeks R, Edelson D, Gao F, Soar J, and Perkins GD. The use of CPR feedback/prompt devices during training and CPR performance: A systematic review. *Resuscitation*. 2009; 80(7): 743-51. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2009.04.012.
- [11] Harvey D, Webber J, and O'Brien DW. Variability of CPR training requirements among New Zealand health professionals. *New Zealand Medical Journal*. 2022; 135(1551): 25-39.
- [12] Mokhtari Nori J, Saghafinia M, Kalantar Motamedi MH, and Khademol Hosseini SM. CPR training for Nurses: How often is it necessary?. *Iran Red Crescent Medical Journal*. 2012; 14(2): 104-7.
- [13] Leary M, McGovern SK, Balian S, Abella BS, and Blewer AL. A pilot study of CPR quality comparing an augmented reality application vs. a standard audio-visual feedback manikin. *Frontiers in Digital Health*. 2020; 2: 1. DOI: 10.3389/fdgth.2020.00001.
- [14] Sayee N, and McCluskey D. Factors influencing performance of cardiopulmonary resuscitation (CPR) by Foundation Year 1 hospital doctors. *The Ulster Medical Journal*. 2012; 81(1): 14-8.
- [15] Balian S, McGovern SK, Abella BS, Blewer AL, and Leary M. Feasibility of an augmented reality cardiopulmonary resuscitation training system for health care providers. *Heliyon*. 2019; 5(8): e02205. DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e02205.
- [16] Olasveengen TM, Mancini ME, Perkins GD, Avis S, Brooks S, and Castrén M. Adult basic life support: 2020 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*. 2020; 142 (16 suppl 1): 41-91. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000892.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors associated with the Antibiotic Usage Behaviour of the Village Health
Volunteers in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province

อภิชาติ จิตรวิบูลย์^{1*}

Apichat Jitwibun^{1*}

^{1*}โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80250

^{1*} Porthanklaivajasi Hospital, Chang klang District, Nakhon Si Thammarat Province. 80250

* Corresponding Author: อภิชาติ จิตรวิบูลย์ E-mail: pookpikpikpook@hotmail.co.th

Received : 9 December 2023

Revised : 3 February 2024

Accepted : 4 March 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 281 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม มีค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 แบบสอบถามด้านความรู้ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.74 ด้านทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 และ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Multiple logistic regression ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.9 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.4 มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะดี ร้อยละ 63.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า อสม. เพศหญิง จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ดีกว่า 0.25 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย อสม. ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ลดลง ร้อยละ 71.0 เมื่อเทียบกับรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาท และ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับปานกลางและดี จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ดีกว่า 2.79 และ 3.74 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้ต่ำ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดโปรแกรมการอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นแกนนำการใช้ยาที่ถูกต้อง และสร้างทัศนคติที่ดีให้ อสม.

คำสำคัญ: ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ทักษะเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The cross-sectional analytical study aims to determine the knowledge and attitudes towards antibiotic usage. Examine the behaviour and related factors of antibiotic usage among village

health volunteers (VHV) in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. The 281 samples were gathered by a simple random sampling method. Data was collected by questionnaire with an IOC value between 0.67 and 1.00. The knowledge questionnaire had a KR-20 value of 0.74. Regarding attitudes and antibiotic usage behaviours, they had Cronbach's alpha coefficients of 0.79 and 0.84, respectively. The data were analysed using descriptive statistics and multiple logistic regression statistics. The results showed that nearly half of VHV had good knowledge 45.9%, more than half of them had a moderate attitude level towards antibiotics 62.4%, and they had appropriate usage of antibiotics 63.1%. Regarding the related factors of their behaviour, it was found that female VHV have a 0.25 times greater chance of having appropriate behaviour than males. Moreover, the VHV with an income of more than 10,000 baht has a 71.0% chance of decreasing the appropriate behaviour compared to those with an income of \leq 10,000 baht. Moreover, the VHV with average and good knowledge about antibiotics will have a 2.79 and 3.74 times greater chance of having appropriate behaviour than those with a low knowledge level. Therefore, the public health staff should organise training programmes on the reasonable use of antibiotics for VHV to be a role model of the appropriate usage of antibiotics and encourage a good attitude towards antibiotics.

Keywords: Knowledge about antibiotics, Attitude about antibiotic, Antibiotics usage behavior, Village health volunteers

บทนำ

ยาปฏิชีวนะหรือยาต้านจุลชีพ (Antibiotics) เป็นยาชนิดหนึ่งที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขใช้ประโยชน์มาอย่างช้านาน แต่ในขณะเดียวกันการใช้ยาปฏิชีวนะก็ยังเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญกับทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขมาตลอด [1, 2] องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศเจตนารมณ์ในการต่อต้านปัญหาเชื้อดื้อยา (Combat antimicrobial resistance) มาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานการศึกษาพบว่าหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญของปัญหาเชื้อดื้อยาเกิดจากการใช้ยาไม่เหมาะสมหรือเกินความจำเป็น มีรายงานการศึกษาทั้งในและต่างประเทศบ่งชี้ว่ายิ่งมีการใช้ยาปฏิชีวนะมาก อัตราการดื้อยาของเชื้อยิ่งมากขึ้นด้วย [3, 4] เมื่อปี พ.ศ. 2529 องค์การอนามัยโลกได้สำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50.0 ของการใช้ยาเป็นไปอย่างสูญเปล่าไม่สมเหตุผล ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการรักษา รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ประเด็นปัญหาของยาปฏิชีวนะที่ได้รับความสนใจ และต้องแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ถูกต้อง และมากเกินไปเกินความจำเป็นทั้งของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน การใช้ยาปฏิชีวนะไม่ตรงกับเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ การใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกขนาด และจำนวนที่ควรจะเป็น ทำให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะไม่ได้ผลดีในการรักษาโรค ก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะ กล่าวคือ เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่เคยใช้รักษาได้ผล จึงต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นหรือใช้ยา

ปฏิชีวนะหลายตัวร่วมกันรักษา ส่วนใหญ่เป็นยาปฏิชีวนะที่มีราคาสูงขึ้น ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างไม่ควรสูญเสีย [2] คาดว่าใน พ.ศ. 2593 หากไม่แก้ปัญหาค่าใช้จ่ายจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ซึ่งในปัจจุบันการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาทั่วโลกประมาณปีละ 700,000 คน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทย พบการศึกษาเบื้องต้น มีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูง ถึง 4.2 หมื่นล้านบาท [4] กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ดังนั้น เพื่อเป็นการคุ้มครองให้ประชาชนได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ และลดปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ และเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564 ที่จะลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ โดยยุทธศาสตร์ที่ 5 มีเรื่องส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และสร้างความตระหนักให้กับประชาชนจึงมีการดำเนินงาน [5]

สถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลพ่อกันค้ายวจากสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะ 3 ปี ย้อนหลัง คือ ในปี พ.ศ. 2564 มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 145,410.65 บาท ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 191,062.59 บาท และ ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 292,557.40 บาท [6] จะเห็นได้ว่า มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่า มีหลักฐานการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลค่อนข้างสูงทั้งจากผู้ให้บริการ สุขภาพ รวมไปถึงพบปัญหาการใช้ยาในภาคประชาชน เช่น ความร่วมมือในการใช้ยา การใช้ยาตามขนาด และข้อบ่งชี้ พฤติกรรมใช้ยาเกินความจำเป็น และการซื้อยาใช้ตามคำโฆษณา ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความรู้ ความเชื่อหรือการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงตามหลักวิชาการ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา รวมทั้งเชื้อดื้อยาทั้งโดยตรงต่อผู้บริโภค และเกิดการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ปัญหาที่กล่าวมาเหล่านี้ นับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น จนก่อให้เกิดความสูญเสียด้านชีวิต สุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศ [7]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นองค์กรที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นเครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค [8] ฉะนั้น หาก อสม. มีความรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อสม. ก็สามารถให้คำแนะนำกับประชาชนในชุมชนได้ จากปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล ในหลายประเทศได้มีการแก้ไขปัญหาโดยมีนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงประเทศไทยซึ่งได้กำหนดนโยบายอย่างเป็นทางการ ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง และการติดเชื้อมีจำนวนลดลง มีมาตรการสำคัญ คือ จัดดำเนินการให้มีการสั่งจ่ายยา และการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ [9, 10] เช่นเดียวกับความรู้เรื่องการใช้ยา และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ [9, 11] อสม. เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม อีกทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในเรื่องการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

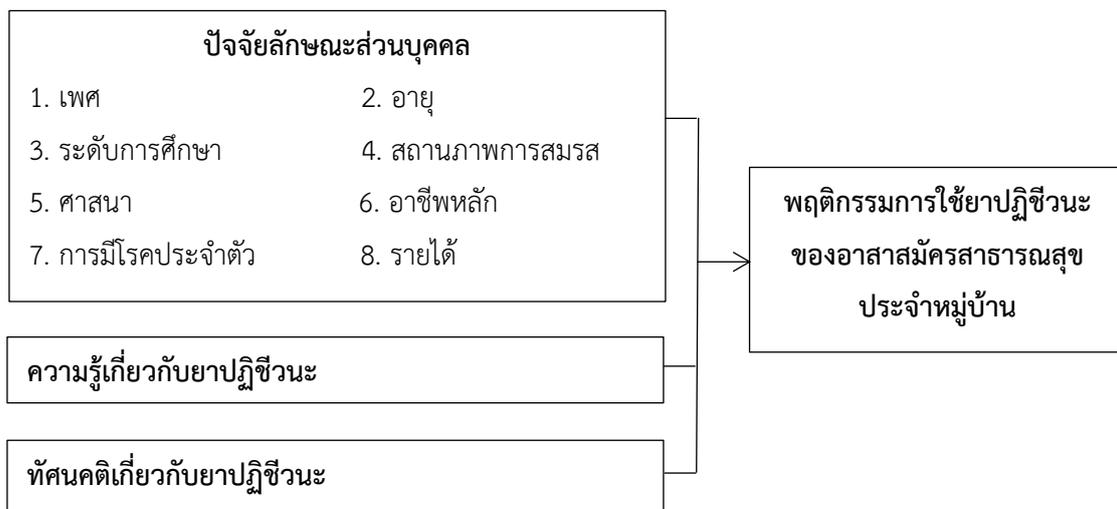
ทั้งนี้ จากการดำเนินงานของ อสม. พบว่า อำเภอข้างกลาง ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะ อสม. ซึ่งถ้าหาก อสม. มีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักถึงผลเสียจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมสุขภาพ จะทำให้ อสม. จะเป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้อง คุ่มค่า ปลอดภัย อันนำไปสู่สุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชน ดังนั้น เพื่อให้ อสม. ซึ่งเป็นเครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับประชาชน ควรจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของ อสม. จึงมีความสำคัญ ผลการวิจัยที่ได้จะทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของ อสม. ในการใช้ยาปฏิชีวนะ ว่ามีความเหมาะสมหรือสัมพันธ์กันหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ ปรับทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของ อสม. ได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งผลดีต่อสุขภาพอนามัย และลดระยะเวลาในการรักษาซึ่งเกิดจากการดื้อยาปฏิชีวนะต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดที่เกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติที่สามารถสังเกต และมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยม ที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่มีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอกได้ [12] มาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติมีความความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงวันที่ 10 - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. ในเขตอำเภอข้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด 7 หน่วยบริการ รวมจำนวนทั้งหมด 756 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane [13] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 255 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 10 จำนวน 26 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 281 คน การสุ่มตัวอย่างทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการหยิบฉลากรายชื่อ อสม. ตามสัดส่วนของแต่ละหน่วยบริการในเขตอำเภอข้างกลาง

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการอบรมตามหลักสูตรการเป็น อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
- 3) อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือไทย และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 5) เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี
- 6) อยู่ในพื้นที่ อำเภอข้างกลาง ต่อเนื่องกันติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งมีจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพการสมรส 5) ศาสนา 6) อาชีพหลัก 7) การมีโรคประจำตัว และ 8) รายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ จำนวน 10 ข้อ โดยให้ตอบใช่ ไม่ใช่หรือไม่ทราบ โดยถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน (ถ้าตอบว่าไม่ทราบ คะแนนได้ 0 คะแนน) โดยมีข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 4, 7, 8, 9, 10

การแปลผล ภาพรวมแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ นำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวคิดของ Bloom [14] คือ ความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80 ; 8 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79; 6 – 7 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ < 60 ; น้อยกว่า 6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบ ผู้วิจัย ได้ทำการกลับคะแนน โดยมีข้อความเชิงบวก และเชิงลบ ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3, 7 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม มาจัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best [15] คือ ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบ ผู้วิจัยได้ทำการกลับคะแนน โดยมีข้อความเชิงบวก และเชิงลบ ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 6, 9 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม แบ่งระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยนำคะแนนมาจำแนกเป็น 2 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) [16] คือ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ดี (คะแนนเฉลี่ย ≥ 4.38) และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย < 4.38)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) ด้านเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเภสัชกรรม จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) ซึ่งได้ค่ารายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่อยู่ในอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ โดยข้อคำถามที่ดีจะมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.34 – 0.67 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.25 – 1.00 มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson: KR-20) เท่ากับ 0.74 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.79 และ 0.84

4. การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) จัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธาน อสม. ของหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ส่งหนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) นักวิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงาน อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้รับผิดชอบงาน อสม. ของ รพ.สต. เป็นผู้ติดตามแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

3) ผู้รับผิดชอบงาน อสม. ของ รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยอ่านแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4) ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ทศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยมีตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ที่ผู้วิจัยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม นำวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple logistic regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward elimination นำเสนอผลการศึกษาค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95%CI)

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 281 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 279 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.3 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.9 มีอายุระหว่าง 45 – 59 ปี ร้อยละ 42.7 มีอายุเฉลี่ย 51.99 ปี (S.D. = 12.16) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 80 ปี มีการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไป ร้อยละ 29.0 มีสถานภาพสมรสคู่ และมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.7 และ 69.9 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.6 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 53.9 และประมาณ

4 ใน 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท ร้อยละ 82.1 มีรายได้เฉลี่ย 8,264.22 บาท (S.D. = 6,381.99) รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท

2) ระดับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.9 รองลงมา คือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.1 ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่ไม่ควรซื้อหรือจัดหามาใช้ด้วยตนเอง แต่ควรได้รับจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตรวจวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยของท่านก่อนทุกครั้ง ร้อยละ 93.9 รองลงมา คือ ยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียใช้รักษาโรคที่มีการติดเชื้อ เช่น แผลอักเสบเป็นหนอง ทอนซิลอักเสบ คออักเสบ เป็นต้น ร้อยละ 93.2 และสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เชื้อโรคดื้อยา เป็นเพราะการกินยาปฏิชีวนะไม่ต่อเนื่อง และไม่ครบตามคำสั่งของแพทย์ ร้อยละ 91.4 ตามลำดับ

ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การหายยาปฏิชีวนะมารับประทานหรือใช้เอง ควรนำฉลากยาปฏิชีวนะชนิดเดิมที่เคยใช้รักษาแล้วหายจากอาการครั้งก่อนไปเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ได้รับยาชนิดเดิม ร้อยละ 55.9 รองลงมา คือ ถ้าเป็นไข้ จาม น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ ต้องกินยาปฏิชีวนะร่วมกับยาอื่น จึงจะหายจากโรคนั้นได้ ร้อยละ 52.7 และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ดังนั้นเมื่อมีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลันจึงควรกินยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อทันที ร้อยละ 36.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ (n = 279)

ระดับ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	≥ 8 คะแนน	128	45.9
ปานกลาง	6 - 7 คะแนน	109	39.1
ต่ำ	< 6 คะแนน	42	15.0

3) ระดับทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับสูง ร้อยละ 36.2 โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลมีประโยชน์สำหรับตนเอง ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.78) รองลงมา คือ จะไม่กินยาปฏิชีวนะที่ไม่ใช่ยาของตนเอง เพราะจะทำให้โรคหรืออาการที่เป็นไม่หายขาด ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 1.07) และการรักษาแผลให้สะอาด และทำแผลอย่างถูกวิธี แผลก็จะหายได้เอง โดยไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.97) ตามลำดับ สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ เมื่อรับประทานยาปฏิชีวนะแล้วอาการไม่ทุเลา ควรเปลี่ยนชนิดของยาปฏิชีวนะ ($\bar{X} = 3.10$, S.D. = 1.23) รองลงมา คือ คิดว่ายาปฏิชีวนะที่มีราคาแพงจะมีประสิทธิภาพดีกว่ายาปฏิชีวนะที่มีราคาถูก ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 1.07) และการกินหรือหายยาปฏิชีวนะจะช่วยให้แผลแห้งเร็วขึ้น ($\bar{X} = 2.58$, S.D. = 1.06) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ (n = 279)

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	101	36.2
ปานกลาง	174	62.4
ต่ำ	4	1.4

4) ระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะดีมากกว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ดี ร้อยละ 63.1 และ 36.9 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ จะอ่านฉลากยาปฏิชีวนะก่อนกินยา เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นยาของตนเอง ($\bar{X} = 4.87$, S.D. = 0.50) รองลงมา คือ ไม่นำยาปฏิชีวนะชนิดเม็ดหรือแคปซูลมาบดหรือเทผงยาออกแล้วนำมาโรยแผล เพื่อให้แผลแห้งเร็ว ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 0.88) และเมื่อได้รับยาปฏิชีวนะ จะกินยาสม่ำเสมอ และครบกำหนดตามที่หมอสั่ง เพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ($\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.82) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ (n = 279)

ระดับพฤติกรรม	\bar{X}	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมที่ดี	($\bar{X} \geq 4.38$)	176	63.1
พฤติกรรมที่ไม่ดี	($\bar{X} < 4.38$)	103	36.9

5) เมื่อวิเคราะห์ทีละตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อสม. เพศหญิง จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ลดลง ร้อยละ 50.0 เมื่อเทียบกับเพศชาย (OR = 0.50, 95%CI = 0.26 - 0.95) อสม. ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ดีกว่า 2.20 เท่า เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษา (OR = 2.20, 95%CI = 01.06 - 4.59) อสม. ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ลดลง ร้อยละ 53.0 เมื่อเทียบกับรายได้ $\leq 10,000$ บาท (OR = 0.47, 95%CI = 0.25 - 0.87) และ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับปานกลาง และสูงจะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ดีกว่า 2.35 และ 3.76 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้ต่ำ (OR = 2.35, 95%CI = 1.13 - 4.85 และ (OR = 3.76, 95%CI = 1.82 - 7.77)

เมื่อวิเคราะห์ โดยการควบคุมตัวแปร พบว่า อสม. เพศหญิง จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ดีกว่า 2.25 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย (adj.OR = 2.25, 95%CI = 1.11 - 4.56) อสม. ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ลดลง ร้อยละ 71.0 เมื่อเทียบกับรายได้ $\leq 10,000$ บาท (adj.OR = 0.29, 95%CI = 0.13 - 0.64) และ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับปานกลางและสูง จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ดีกว่า 2.79 และ 3.74 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้ต่ำ (adj.OR = 2.79, 95%CI = 1.26 - 6.16 และ (adj.OR = 3.74, 95%CI = 1.69 - 8.26) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 279)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ		Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)	p-value
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	22 (48.9)	23 (51.1)	Ref.	Ref.	
หญิง	154 (65.8)	80 (34.2)	0.50 (0.26 - 0.95)*	2.25 (1.11 - 4.56)	0.02*
อายุ					
≤ 29 ปี	7 (87.5)	1 (12.5)	Ref.	Ref.	
30 - 44 ปี	46 (63.0)	27 (37.0)	0.24 (0.23 - 2.09)	0.21 (0.02 - 1.98)	0.18
45 - 59 ปี	75 (63.0)	44 (37.0)	0.24 (0.03 - 2.05)	0.25 (0.03 - 2.28)	0.22
≥ 60 ปี	48 (60.8)	31 (39.2)	0.22 (0.23 - 1.89)	0.28 (0.03 - 2.68)	0.27
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	41 (63.1)	24 (36.9)	Ref.	Ref.	
มัธยมศึกษา	30 (50.0)	30 (50.0)	0.59 (0.29 - 1.20)	0.44 (0.20 - 1.00)	0.05
ตอนต้น					
มัธยมศึกษา	41 (56.2)	32 (43.8)	0.75 (0.38 - 1.49)	0.56 (0.25 - 1.32)	0.19
ตอนปลาย/ ปวช.					
ตั้งแต่	64 (79.0)	17 (21.0)	2.20 (1.06 - 4.59)*	2.33 (0.90 - 6.01)	0.08
อนุปริญญา					
สถานภาพสมรส					
โสด	31 (73.8)	11 (26.2)	Ref.	Ref.	
สมรส	114 (61.3)	72 (38.7)	0.56 (0.27 - 1.19)	0.53 (0.23 - 1.22)	0.14
หม้าย/หย่า/ แยก	31 (60.8)	20 (39.2)	0.55 (0.23 - 1.34)	0.60 (0.22 - 1.64)	0.32
อาชีพ					
เกษตรกร	124 (63.6)	71 (36.4)	Ref.	Ref.	
รับจ้าง	24 (52.2)	22 (47.8)	0.63 (0.33 - 1.19)	0.79 (0.38 - 1.65)	0.53
ค้าขาย	15 (68.2)	7 (31.8)	1.23 (0.48 - 3.15)	1.82 (0.61 - 5.47)	1.82
ธุรกิจส่วนตัว	13 (81.3)	3 (18.7)	2.48 (0.68 - 9.00)	3.51 (0.82 - 15.15)	0.09

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ		Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)	p-value
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มี	115 (61.2)	73 (38.8)	Ref.	Ref.	
มี	61 (67.0)	30 (33.0)	1.29 (0.76 - 2.19)	1.49 (0.83 - 2.69)	0.18
รายได้ต่อเดือน					
≤ 10,000 บาท	152 (66.4)	77 (33.6)	Ref.	Ref.	
> 10,000 บาท	24 (48.0)	26 (52.0)	0.47 (0.25 - 0.87)*	0.29 (0.13 - 0.64)	< 0.01**
ระดับความรู้					
ต่ำ	17 (40.5)	25 (59.5)	Ref.	Ref.	
ปานกลาง	67 (61.5)	42 (38.5)	2.35 (1.13 - 4.85)*	2.79 (1.26 - 6.16)	0.01*
สูง	92 (71.9)	36 (28.1)	3.76 (1.82 - 7.77)**	3.74 (1.69 - 8.26)	< 0.01**

ตัวแปรทัศนคติ ไม่นำมาวิเคราะห์ เนื่องจากมี Cell จำนวน 1 ช่อง เท่ากับ 0.00%

*นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 **นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

อภิปราย

ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง ร้อยละ 45.9 เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อสม. ตอบถูกมากที่สุด คือ ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่ไม่ควรซื้อหรือจัดหามาใช้ด้วยตนเอง แต่ควรได้รับจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตรวจวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยของท่านก่อนทุกครั้ง ร้อยละ 93.9 ยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียใช้รักษาโรคที่มีการติดเชื้อ เช่น แผลอักเสบเป็นหนอง ทอนซิลอักเสบ คออักเสบ เป็นต้น ร้อยละ 93.2 และสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เชื้อโรคคือยาเป็นเพราะการกินยาปฏิชีวนะไม่ต่อเนื่อง และไม่ครบตามคำสั่งของแพทย์ ร้อยละ 91.4 อธิบายได้ว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาปฏิชีวนะ และประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลพ่อกันคล้ายวาจาสิทธิ์ร่วมกับ รพ.สต. ในเขตอำเภอช้างกลาง ได้ดำเนินการโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยมี อสม. เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้เป็นแกนนำในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน ดำเนินการผ่านการประชุมประจำเดือน อสม. แต่ละ รพ.สต. แต่ในขณะเดียวกันยังมีข้อที่ตอบผิดมากกว่าร้อยละ 50.0 ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติ และประโยชน์ของยาปฏิชีวนะ เช่นกัน คือ การหา ยาปฏิชีวนะมารับประทานหรือใช้เอง ควรนำฉลากยาปฏิชีวนะชนิดเดิมที่เคยใช้รักษาแล้วหายจากอาการครั้งก่อนไปเป็นตัวอย่าง เพื่อให้ได้รับยาชนิดเดิม ร้อยละ 55.9 และถ้าเป็นไข้ งาม น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ ต้องกินยาปฏิชีวนะร่วมกับยาอื่น จึงจะหายจากโรคนั้นได้ ร้อยละ 52.7 แสดงให้เห็นว่า อสม. ยังมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะส่งผลให้ อสม. มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้อาจจะเป็นด้วย อสม. ที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลาย (45 - 59 ปี) และมีอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งเป็นบุคคลหลัก

ในการเลี้ยงดูครอบครัว หากมีอาการไม่สบาย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องรีบให้หายป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อที่จะได้ไปประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคที่ไม่ถูกต้อง เพราะคิดว่าการรับประทานยาปฏิชีวนะ แม้กระทั่งเป็นโรคหวัด ก็ทำให้สามารถหายเร็วกว่าเดิมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ ปริสุทธิวุฒิพร และมันทนา เหมชะญาติ [17] ที่พบว่า ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง

ทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.4 จากผลการศึกษา พบว่า อสม. ทราบว่ายาปฏิชีวนะมีประโยชน์ ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.78) ไม่ควรกินยาปฏิชีวนะที่ไม่ใช่ยาของตนเอง ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 1.07) และการรักษาแผลให้สะอาดและทำแผลอย่างถูกวิธี แผลก็จะหายได้เอง โดยไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.97) แต่ทั้งนี้ อสม. ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเมื่อรับประทานยาปฏิชีวนะแล้วอาการไม่ทุเลา ควรเปลี่ยนชนิดของยาปฏิชีวนะ ($\bar{X} = 3.10$, S.D. = 1.23) ราคาของยาปฏิชีวนะที่แพงกว่าจะมีดีกว่ายาที่มีราคาถูกกว่า ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 1.07) และคิดว่ายาปฏิชีวนะเมื่อนำไปทาหรือกินยาปฏิชีวนะจะทำให้แผลหายเร็ว ($\bar{X} = 2.58$, S.D. = 1.06) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าเมื่อ อสม. ยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลที่ทำให้ อสม. มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องไปด้วย ซึ่งความคิดเห็นตรงกันข้ามกับความรู้ที่ผลการศึกษาพบว่า ยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียใช้รักษาโรคที่มีการติดเชื้อ เช่น แผลอักเสบเป็นหนอง ทอนซิลอักเสบ คออักเสบ เป็นต้น ร้อยละ 93.2 พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของ อสม. แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ อสม. จะมีความรู้ที่ถูกต้อง ก็ไม่ใช่ว่าจะมีทัศนคติที่ถูกต้องเสมอไปในบางประเด็น ทั้งนี้ อาจเกิดจากความเคยชินที่คิดว่า การรับประทานยาปฏิชีวนะจะทำให้โรคที่เป็นหายเร็วขึ้น ถึงแม้ว่าโรคนั้นจะเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา ธีระนันท์กุล [18] ที่พบว่า ผู้ปกครองมีทัศนคติต่อการใช้ยาปฏิชีวนะในเด็กอย่างสมเหตุผลในระดับเห็นด้วยปานกลาง ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน และได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะจากแพทย์และเภสัชกร ร้อยละ 73.1 สอดคล้องกับงานวิจัยฉบับนี้ที่มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และได้รับความรู้ที่โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ร่วมกับรพ.สต. ในเขตอำเภอช้างกลาง ได้ดำเนินการโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดี ร้อยละ 63.1 อาจจะเป็นอย่างนี้เพราะว่า อสม. ได้รับการเน้นย้ำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับประโยชน์ และโทษของยาปฏิชีวนะหรืออาจจะได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ทำให้ อสม. มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ประกอบกับงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่ง อสม. เป็นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเครือข่ายของบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับประชาชน โดยจังหวัดนครศรีธรรมราชเล็งเห็นแล้วว่า อสม. ควรจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องเพื่อนำไปขับเคลื่อนต่อในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ ปริสุทธิวุฒิพร และมันทนา เหมชะญาติ [17] ที่พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของอรอุมา อินทงษ์ลักษณ์ [19] ที่พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับพัชรสมณี อ่วมเกิด [9] ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องและเหมาะสมในระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของ อสม. เมื่อควบคุมตัวแปร พบว่า เพศหญิง จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ดีกว่า 2.25 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า อสม. ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และโดยลักษณะของเพศหญิงจะมีความเอาใจใส่ และมีความละเอียดอ่อนต่อตนเองและครอบครัว ให้ความสำคัญถึงประโยชน์และโทษของยาปฏิชีวนะมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรสนธิ อ่วมเกิด [9] ที่พบว่า เพศของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

รายได้มากกว่า 10,000 บาท จะมีโอกาสที่มีพฤติกรรมที่ลดลงร้อยละ 71.0 เมื่อเทียบกับรายได้ $\leq 10,000$ บาท อาจจะเป็นเพราะว่า อสม. ที่มีรายได้มากกว่ามีโอกาสเข้าถึงการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า โดยสามารถซื้อยารับประทานเองตามร้านขายยาในชุมชน ซึ่งอาจมีความสะดวกมากกว่าที่จะไปโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับข้อคำถามด้านทัศนคติที่มีข้อคิดเห็นว่า ยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพงจะมีประสิทธิภาพดีกว่ายาปฏิชีวนะที่มีราคาถูก ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 1.07) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรสนธิ อ่วมเกิด [9] ที่พบว่า รายได้สูงกว่าเดือนละ 30,000 บาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานีมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับปานกลางและสูง จะมีโอกาสมีพฤติกรรมที่ดีกว่า 2.79 และ 3.74 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้ต่ำ แสดงให้เห็นว่า อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ดีกว่าจะส่งผลถึง การมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ดีกว่า ทำให้มีความตระหนักในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ ปริสุทธิวุฒิพร และมันทนา เหมชะญาติ [17] ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน ได้มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ แก่ประชาชนในเขตอำเภอขลุง อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องทุกปี ส่งผลให้ประชาชนในเขตอำเภอขลุงมีความตระหนัก และใส่ใจสุขภาพตนเอง ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลพ่อก่านคล้ายาวจาสิทธิ์ ร่วมกับ รพ.สต. ในเขตอำเภอข้างกลาง ก็ได้ดำเนินการโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่องเช่นกัน จึงส่งผลต่อความรู้ที่ถูกต้องของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรสนธิ อ่วมเกิด [9] ที่พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานีมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

สรุป

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีความรู้ในระดับดี ระดับทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ คือ เพศหญิง จะมีโอกาสมีพฤติกรรมเหมาะสมกว่า 0.02 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย อสม. ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จะมีโอกาสมีพฤติกรรมเหมาะสม ลดลงร้อยละ 71.0 เมื่อเทียบกับรายได้ $\leq 10,000$ บาท และ อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในระดับพอใช้ และดี จะมีโอกาสมีพฤติกรรมเหมาะสมกว่า 2.79 และ 3.74 เท่า เมื่อเทียบกับระดับความรู้น้อย

ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ถึงแม้ว่า อสม. จะมีความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดีมากที่สุด แต่ยังไม่ถึงร้อยละ 50.00 ซึ่งความรู้จะส่งผลถึงทัศนคติเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ และความรู้ยังมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ฉะนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดโปรแกรมการอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อเป็นแกนนำเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 99/2566 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

การอ้างอิง

อภิชาติ จิตวิบูลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(2): 150-65.

Jitwibun A. Factors associated with the antibiotic usage behaviour of the Village Health Volunteers in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2024; 2(2): 150-65.

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาทส่วนกลาง เล่ม 1. นนทบุรี. กรมควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2553.
- [2] ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566 จาก <http://www.nih.dmsc.moph.go.th/fsheet/showimgpic.php?id=5>.
- [3] Apisarntharak A, and Mundy LM. Correlation of antibiotic use and antimicrobial resistance in Pratumthani, Thailand, 2000 to 2006. American Journal of Infection Control. 2008; 36(9): 681-2. DOI: 10.1016/j.ajic.2007.10.022.

- [4] Taylor JA, Kwan-Gett TSC, and McMahon EM. Effectiveness of an educational intervention in modifying parental attitudes about antibiotic usage in children. *Pediatrics*. 2003; 111: 548-54.
- [5] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดเชื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข. 2564.
- [6] โรงพยาบาลพ่อก่านคล้ายวาจาสิทธิ์. รายงานมูลค่าการใช้ยาโรงพยาบาลพ่อก่านคล้ายวาจาสิทธิ์. นครศรีธรรมราช. โรงพยาบาลพ่อก่านคล้ายวาจาสิทธิ์. 2566.
- [7] สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564.
- [8] พลโทสกลญา บุญลบ, นวพรรธน์ ดีประเสริฐวรกร, อนุรักษ มีอิม, เจริญ ทุนชัย, และพระครูโสภาสกาจนธรรม. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสิรินธรปริทรรศน์*. 2563; 21(2): 197–205.
- [9] พัชรสันธิ์ อ่วมเกิด. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560.
- [10] อัมพร ยานะ, และตลนภา ไชยสมบัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2564; 31(1): 121-34.
- [11] ณัฐพล ผลโยน. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 2566; 26(1): 89-100.
- [12] พิเชฐ เจริญเกษ. สุขศึกษากับกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ชลบุรี, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2548.
- [13] Yamane T. *Statistics: An Introduction Analysis*. 3rd ed. New York, Harper & Row. 1973.
- [14] Bloom BS. What we are learning about teaching and learning: a summary of recent research. *Principal*. 1986; 66: 6-10.
- [15] Best JW. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey. Prentice-Hall. 1977.
- [16] สุรีย์พันธ์ วรพงศธร. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2558.
- [17] สุวัฒน์ ปรีสุทธิวุฒิพร, และมัณฑนา เหมชะญาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 2557; 31(2): 114-27.
- [18] ชนิตา อีระนันท์กุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคหวัดในเด็กของผู้ปกครองในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2562.

- [19] อรอุมา อินทงษ์. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. [การค้นคว้าอิสระ]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยพะเยา. 2556.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่หมู่ 1 ตำบลแพรक्षा อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

Factors Related to Health Status and Self-Care Practices of the Elderly Persons Living in Community Moo 1 in Phracksa Sub-district, Muang District, Samutprakarn Province

ทวีพร สุขสมโสตร์^{1*}
Taweeporn Suksomsoth^{1*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแพรक्षा อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ 10280

¹ Phracksa Health Promoting Hospital, Muang District, Samutprakarn Province. 10280

* Corresponding Author: ทวีพร สุขสมโสตร์ E-mail: Tawepon2510@gmail.com

Received : 16 November 2023 Revised : 25 December 2023 Accepted : 19 March 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 152 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.8 มีปัญหาสุขภาพ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ควรเน้นให้ผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพให้ดูแลตนเองได้ ตรวจสอบสุขภาพให้ครอบคลุม มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสร้างกิจกรรม ด้านสังคมในพื้นที่ ทั้งนี้ ต้องสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายให้มีการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันด้วย

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ

Abstract

This study employed a cross-sectional survey design. The overall aim of the study was to explore the relationship between personal factors, health status, and self-healthcare among the elderly. Yamane formula was use to draw a sample size of 152 participants. Interviews were conducted to gather data. Content validity ranged from 0.67 to 1.00, and the reliability of the survey instrument was measured by using the Cronbach's alpha coefficients, obtaining

a value of 0.74. Descriptive statistics were used to determine the number, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Chi-squared test was used to examine statistical relationships between variables. Findings revealed that 40.8 percent of elderly people were confronted with health problems. When analyzing the relationship between variables, the results revealed that personal characteristics including gender, level of education, married status, and economic sufficiency were significantly associated with the self-care practices of the elders, with a p -value < 0.05 . Consequently, enhancing self-care ability, receiving annual health examinations including follow-up treatment, as well as receiving health information through community participation are necessary conditions for the elderly people.

Keywords: Self-care practices, The elderly, Health status

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ [1] จากสถานการณ์การเพิ่มของประชากรสูงอายุไทยอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ จำนวน 11,587,000 คน ร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีอายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศชายอยู่ที่ 73.0 ปี และเพศหญิงอยู่ที่ 80.1 ปี [2] และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรสูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 [3] ซึ่งจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 ของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 195,288 คน ร้อยละ 20.8 กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ [4] ในขณะที่สถานการณ์ตำบลแพรกษา อำเภอเมืองสมุทรปราการ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.3 ของประชากร และพบว่ามีภาวะพึ่งพิงสูง [5]

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยจากการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา [6] พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 41.0 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการทำกิจวัตรด้วยตนเอง ร้อยละ 5.0 – 10.0 นอกจากนี้ยังพบสาเหตุภายนอกที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ การพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 40.4 ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงมีความสำคัญอย่างมากกับผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง [7] มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของวัยผู้สูงอายุไม่ได้หมายถึงแค่การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเท่านั้นแต่ต้องมีจิตใจที่แจ่มใส รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัว และผู้อื่น [8]

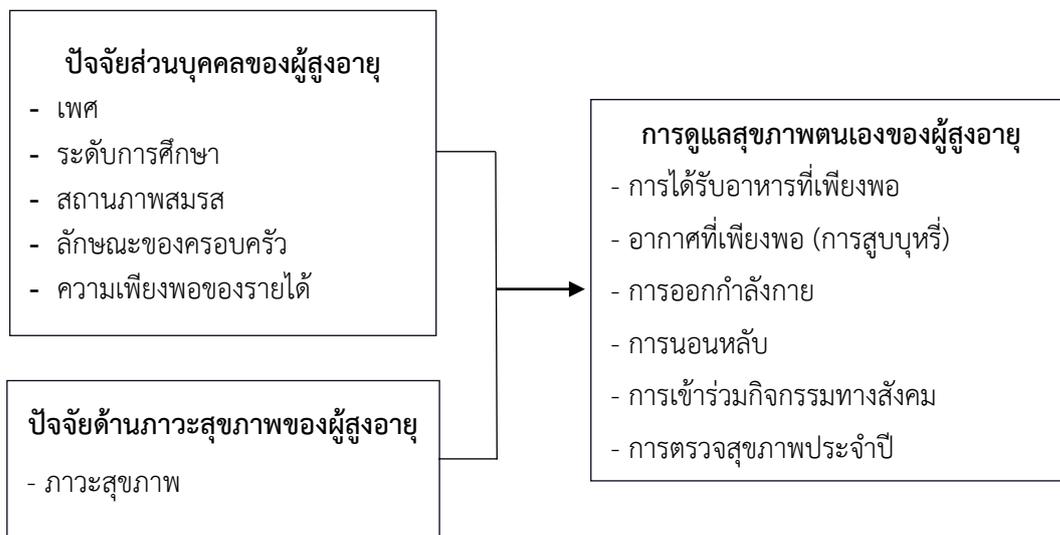
จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่หมู่ 1 ตำบลแพรกษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อนำ

ผลการศึกษาไปเป็นแนวทางประกอบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถใช้ชีวิตในบั้นปลายชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ หมู่ 1 ตำบลแพรงษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ หมู่ 1 ตำบลแพรงษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) โดยการ สุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้เขตพื้นที่หมู่ที่ 1 ตำบลแพรงษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ตำบลแพรงษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 2,525 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของ Yamane [9] ที่ระดับความน่าเชื่อถือ ร้อยละ 95.0 ความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ ± 5.0 ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่

หมู่ที่ 1 ตำบลแพรึกษา จำนวน 243 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 152 คน จากนั้น นำมาสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ให้ได้รายชื่อผู้สูงอายุในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบ สัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็น การพูด และช่วยเหลือตัวเองได้ ลงลายมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัย ต้องยกเลิกหรือถอนตัว จากการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาทฤษฎี แนวคิด และหลักการ จากเอกสารตำรา หนังสือ วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ ความเพียงพอรายได้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 1 ข้อ ประกอบด้วย ไม่มีปัญหาสุขภาพ มีปัญหา สุขภาพ (คำถามปลายเปิด)

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เพียงพอ การได้รับอากาศที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การเข้าร่วมกิจกรรม การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทางผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยประเมิน ความสอดคล้อง IOC (IOC: Index of item objective congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า มีความ ตรงของเนื้อหาระหว่าง 0.67 - 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ และตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม ของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74

4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยโดยผ่านการรับรองรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ พร้อมพิทักษ์สิทธิ ผู้เข้าร่วมศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา ได้แก่ ความสมัครใจในการมีส่วนร่วมในการวิจัย การเก็บรักษา ความลับ และการนำเสนอผลการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความจริยธรรม การวิจัยให้ผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์ฟัง เมื่อผู้สูงอายุฟังและให้ความยินยอม จึงทำการเซ็นยินยอมให้สัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ใช้เวลา 20 - 30 นาที หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จแล้วมีการตรวจสอบความครบถ้วน และถูกต้องของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมาน ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เช่น เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ อายุ รายได้ เป็นต้น

2) สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่หมู่ที่ 1 ตำบลแพรงษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ สรุปได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 มีช่วงอายุ มากที่สุด 65 - 69 ปี ร้อยละ 28.3 ค่าเฉลี่ยของอายุ (\bar{X}) = 69.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของอายุ = 5.95 ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 49.3 ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 56.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.0 แหล่งที่มาของรายได้จากบุตร ร้อยละ 44.7 รายได้ในช่วง 2,001 - 3,000 บาท ร้อยละ 30.9 ค่าเฉลี่ยของรายได้ (\bar{X}) = 3291.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของรายได้ = 3,299.63 ความพอเพียงของรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 71.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุ (n = 152)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	38.2
หญิง	94	61.8
อายุ (ปี)		
60 - 64	40	26.3
65 - 69	43	28.3
70 - 74	30	19.7
75 - 79	34	22.4
80 ปีขึ้นไป	5	3.3
$(\bar{X} = 69.12, S.D. = 5.95)$		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	49	32.3
ประถมศึกษา	92	60.5
มัธยมศึกษา	11	7.2
สถานภาพสมรส		
คู่	75	49.3
หม้าย	63	41.5
หย่า	6	3.9
แยกกันอยู่	8	5.3
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	66	43.4
ครอบครัวขยาย	86	56.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	76	50.0
รับราชการ	3	1.9
รัฐวิสาหกิจ	2	1.3
ค้าขาย	20	13.2
รับจ้าง	25	16.5
ประกอบอาชีพส่วนตัว	26	17.1
แหล่งที่มาของรายได้		
เงินจากการประกอบอาชีพ	34	22.4
คู่สมรส	45	29.6
บุตร	68	44.7
เงินบำเหน็จ/บำนาญ	5	3.3
รายได้ บาทต่อเดือน		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	34	22.4
1,001 - 2,000 บาท	34	22.4
2,001 - 3,000 บาท	47	30.9
มากกว่า 3,000 บาท	37	24.3
$(\bar{X} = 3291.50, S.D. = 3299.63)$		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	26	17.1
พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	108	71.1
มีเงินเหลือเก็บ	18	11.8

ผลการวิเคราะห์ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีปัญหาสุขภาพคิดเป็น ร้อยละ 59.2 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 40.8 ส่วนใหญ่ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุเป็นโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 35.5 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.6 และโรคหัวใจ ร้อยละ 14.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัญหาสุขภาพ (n = 152)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	90	59.2
มีปัญหาสุขภาพ	62	40.8
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	22	35.5
โรคความดันโลหิตสูง	17	27.4
โรคเบาหวาน	14	22.6
โรคหัวใจ	9	14.5

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตนที่ได้รับอาหารจำนวน 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 85.5 จำนวน 2 มื้อต่อวัน ร้อยละ 11.2 จำนวน 1 มื้อต่อวัน ร้อยละ 3.3 โดยได้รับอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 84.2 ครบ 4 หมู่ ร้อยละ 10.5 และครบ 3 หมู่ ร้อยละ 5.3 ปริมาณการดื่มน้ำต่อวัน 6 - 8 แก้ว ร้อยละ 52.0 มากกว่า 8 แก้ว ร้อยละ 35.5 และน้อยกว่า 6 แก้ว ร้อยละ 12.5 เครื่องดื่มที่ให้โทษแก่ร่างกายส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 73.0 ดื่ม ร้อยละ 27.0 เครื่องดื่มที่พบดื่มกาแฟ ร้อยละ 48.8 เบียร์ ร้อยละ 29.3 และสุรายาตอง ร้อยละ 21.9 การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์มีการจัดที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ร้อยละ 55.9 หลีกเลี่ยงการอยู่บนบริเวณที่แออัดหรืออากาศเสีย ร้อยละ 28.3 ไม่ปฏิบัติกิจกรรมอะไรเลย ร้อยละ 15.8 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.9 สูบบุหรี่ ร้อยละ 15.1 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 63.2 ประเภทการออกกำลังกายเดิน ร้อยละ 50.0 กายบริหาร ร้อยละ 32.9 โยคะ ร้อยละ 17.1 และผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 36.8 ผู้สูงอายุพักผ่อนโดยการนอนหลับกลางวันเวลากลางคืน 6 - 8 ชั่วโมง ร้อยละ 55.9 มากกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 23.0 และน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 21.1 มีปัญหาช่วงนอนกลางวัน ร้อยละ 37.5 การแก้ปัญหาของการนอนไม่หลับมีการทำสมาธิ ร้อยละ 35.1 รับประทานยานอนหลับ ร้อยละ 21.1 ไม่ทำอะไรเลย ร้อยละ 43.8 และไม่มีปัญหาในการนอนหลับช่วงกลางวัน ร้อยละ 62.5 การนอนหลับช่วงเวลากลางวันไม่นอน ร้อยละ 56.7 นอน 1 - 2 ชั่วโมง ร้อยละ 17.1 นอนน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 16.4 มากกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 9.8 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการดูแลตนเอง (n = 152)

การดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนมื้ออาหาร/วัน		
3 มื้อ	130	85.5
2 มื้อ	17	11.2
1 มื้อ	5	3.3
การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่		
ครบ 5 หมู่	128	84.2
ครบ 4 หมู่	16	10.5
ครบ 3 หมู่	8	5.3
ปริมาณการดื่มน้ำต่อวัน		
น้อยกว่า 6 แก้ว	19	12.5
6 - 8 แก้ว	79	52.0
มากกว่า 8 แก้ว	54	35.5
เครื่องดื่มน้ำที่ให้โทษต่อร่างกาย		
ไม่ดื่ม	111	73.0
ดื่ม	41	27.0
ชนิดของเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย		
สุรา-ยาตอง	9	21.9
กาแฟ	20	48.8
เบียร์	12	29.3
การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์		
จัดที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	85	55.9
หลีกเลี่ยงการอยู่บนบริเวณที่แออัดหรืออากาศเสีย	43	28.3
ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมอะไรเลย	24	15.8
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	129	84.9
สูบบุหรี่	23	15.1
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	56	36.8
ออกกำลังกาย	96	63.2

การดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทการออกกำลังกาย		
เดิน	76	50.0
กายบริหาร	50	32.9
ไทเก๊ก	26	17.1
จำนวนชั่วโมงการนอนช่วงกลางคืน		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	32	21.1
6 - 8 ชั่วโมง	85	55.9
มากกว่า 8 ชั่วโมง	35	23.0
การนอนหลับกลางวัน		
ไม่นอน	86	56.7
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	25	16.4
1 - 2 ชั่วโมง	26	17.1
มากกว่า 2 ชั่วโมง	15	9.8
ปัญหาการนอนหลับเวลากลางคืน		
ไม่มีปัญหา	95	62.5
มีปัญหา	57	37.5
การแก้ปัญหาการนอนไม่หลับในเวลา กลางคืน		
ไม่ทำอะไรเลย	25	43.8
สวดมนต์ทำสมาธิ	20	35.1
รับประทานยานอนหลับ	12	21.1

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 62.5 ไปร่วมงานศพ/งานบวช/งานแต่ง ร้อยละ 21.1 เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.9 ไม่ไปเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 37.5 สาเหตุเนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 70.2 และลูกหลานไม่ให้ไปเพราะอายุมาก ร้อยละ 29.8 การตรวจสุขภาพไม่เคยตรวจเลย ร้อยละ 23.7 ตรวจสุขภาพนานๆ ครั้ง ร้อยละ 46.1 ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 30.2 ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามกิจกรรมทางสังคม (n = 152)

กิจกรรมทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม		
เข้าร่วมกิจกรรม	95	62.5
ไม่เข้าร่วมกิจกรรม	57	37.5
สาเหตุของการไม่เข้าร่วมกิจกรรม		
ปัญหาสุขภาพ	40	70.2

กิจกรรมทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ลูกหลานไม่ให้ไป	17	29.8
ประเภทของกิจกรรม		
งานศพ/งานบวช/งานแต่ง	20	21.1
งานชมรมผู้สูงอายุ	75	78.9

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกตามการตรวจสุขภาพ (n = 152)

การตรวจสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยตรวจเลย	36	23.7
ตรวจนานๆ ครั้ง	70	46.1
ตรวจประจำทุกปี	46	30.2

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยทดสอบด้วยสถิติแบบไคสแควร์ (χ^2) พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ด้านเพศ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการนอนหลับ ด้านระดับการศึกษา และด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรม ด้านความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ส่วนปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว และด้านภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n = 152)

	การรับประทานอาหาร		อากาศ (สูบบุหรี่)		การออกกำลังกาย		การนอนหลับ		การเข้าร่วมกิจกรรม		การตรวจสุขภาพประจำปี	
	χ^2	p -value	χ^2	p -value	χ^2	p -value	χ^2	p -value	χ^2	p -value	χ^2	p -value
เพศ	1.88	0.256	9.81	0.045*	7.13	0.007*	8.33	0.006*	3.11	0.360	0.23	0.991
ระดับการศึกษา	3.82	0.282	4.42	0.425	10.47	0.005*	0.02	0.991	10.12	0.005*	3.82	0.282
สถานภาพสมรส	2.74	0.481	1.86	0.528	7.35	0.017*	0.01	0.961	10.95	0.005*	0.01	0.921
ลักษณะครอบครัว	1.72	0.631	1.72	0.532	2.76	0.640	0.09	0.930	3.82	0.240	1.72	0.532
ความเพียงพอของรายได้	3.98	1.370	3.86	1.320	10.74	0.005*	0.01	0.930	1.73	0.532	9.27	0.024*
ภาวะสุขภาพ	0.01	0.930	1.66	0.635	2.01	0.930	0.01	0.962	1.88	0.524	1.88	0.256

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

อภิปราย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถอธิบายผลได้ ดังนี้ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) อภิปรายได้ ดังนี้ เพศชายมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการนอนหลับกลางคืนมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบทบาททางเพศที่ว่าความเป็นชายชาติต้องมีการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ส่วนเพศหญิงที่สูบบุหรี่ จะถูกสังคมมองว่าไม่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์รัตน์ คุณกิตติ [10] พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบทบาททางเพศมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตส่วนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ และการนอนหลับที่เต็มและเพียงพอ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายในพื้นที่ตำบลแพรงษา หมู่ที่ 1 มีการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการนอนหลับกลางคืนได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของจิระพร อภิชาติบุตร [11] ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษาจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และรับรู้ข่าวสารต่างๆ ด้านการออกกำลังกาย ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ [12] ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี มีกิจกรรมเข้าร่วมทางสังคมและชมรมผู้สูงอายุทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาริ กังใจ [13] พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีระดับประถมศึกษาขึ้นไปมีการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา

สถานภาพสมรสที่มีคู่สมรสจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งช่วยส่งเสริมกระตุ้น และมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑนา เจริญกุล [14] ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม มีเวลาในการดูแลครอบครัวใส่ใจต่อสุขภาพตนเอง มีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นการส่งเสริมทางจิตใจและสามารถเข้าสังคมได้ตามความต้องการ จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัมพรพรรณ ธีรานุต และคณะ [15] ได้ศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าสถานภาพสมรสเดี่ยว

ความเพียงพอของรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้มีรายได้น้อย เนื่องจากผู้มีรายได้น้อยมักต้องทำงานเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว จากการศึกษา พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยพร อินทยศ และฤทธิพล สมฤทธิ์ [16] ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ส่วนในเรื่องการตรวจสุขภาพ พบว่า ผู้มีรายได้สูงมีการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีรายได้สูงก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงตลอดจนสามารถหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้มากกว่าผู้มีรายได้น้อย จากการศึกษา พบว่า ความเพียงพอของ

รายได้ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของวรรณิ
จันทร์สว่าง [17] ได้ศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการตรวจสุขภาพประจำปี
มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

สรุป

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ
ในเขตพื้นที่หมู่ 1 ตำบลแพรงษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยที่กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีความเสี่ยง
ด้านการสูบบุหรี่ แต่ผู้สูงอายุเพศชายมีการออกกำลังกาย การนอนหลับกลางคืนได้ดีกว่าผู้สูงอายุหญิง
ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้ในเรื่องการออกกำลังกาย และการเข้าร่วม
กิจกรรมทางสังคม ด้านสถานภาพสมรสคู่ มีการออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุรายได้สูงมีการออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพประจำปี
และปัจจัยด้านลักษณะของครอบครัว และภาวะสุขภาพ ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1) จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองสามารถนำไปใช้ประโยชน์
เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยการให้ความรู้
แก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแล
ตนเองได้ถูกต้อง

2) จากการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการเข้าร่วมกิจกรรม
ทางสังคมด้านอื่นๆ และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิด
การรับรู้ และพัฒนาควรมีการจัดกิจกรรมการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลตนเอง

3) การสร้างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชน ขอสนับสนุนความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ
เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาทักษะ
ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น

4) การแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มมีภาวะการเจ็บป่วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ
ตนเองที่ไม่ถูกต้องโดยรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ให้ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป ศึกษาเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพตนเอง
และภาวะสุขภาพในพื้นที่แต่ละตำบลให้ชัดเจนมากขึ้นสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5) ควรศึกษาเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพในพื้นที่แต่ละ
ตำบลให้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ (COA No.4/2566 REC No.61/1.0)

การอ้างอิง

ทวีพร สุขสมโสทัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ หมู่ 1 ตำบลแพรกษา อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(2): 166-80.

Suksomsoth T. Factors related to health status and self-care practices of the elderly persons living in community Moo 1 in Phracksa Sub-district, Muang District, Samutprakarn Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2024; 2(2): 166-80.

เอกสารอ้างอิง

- [1] ชนนท์วัลย์ วุฒิชินโกคิน, ปารีชาติ อ้นองอาจ, และพนิดา ไชยมิ่ง. ผลการฝึก Brain Gym ต่อการทรงตัวการประสานสัมพันธ์การรับรู้ และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563; 26(1): 68-82.
- [2] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. คาดประมาณประชากรกลางปีของไทย พ.ศ. 2562. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2566 จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/thGazette.aspx>.
- [3] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2560.
- [4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. ข้อมูลจำนวนประชากรจาก HDC ประจำปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2566 จาก <https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- [5] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแพรกษา. ข้อมูลจำนวนประชากรจาก HDC ประจำปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2566 จาก hc00937.spko@moph.mail.go.th.
- [6] ประคอง อินทรสมบัติ. การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. งามาธิบดีพยาบาลสาร. 2539; 2(3): 44-57.
- [7] Orem DE. Nursing Concepts of practices. Accessed 7 May 2017 from <http://www.virtualcurricu/um.com/N3225/Fawcett.Orem.pdf>.
- [8] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 4 มิติที่เป็นองค์ประกอบของภาวะสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2566 จาก <http://www.thaihealth.or.th>.
- [9] Taro Yamane. Statistics: An introductory analysis. New York, Harper & Row. 1973.
- [10] สุรางค์รัตน์ คุณกิตติ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความต้องการการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ, จามจุรีโปรดักท์. 2560.
- [11] จิระพร อภิชาติบุตร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัวและการบริการสุขภาพในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2540.

- [12] เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. 2529.
- [13] วารี กังใจ. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. [รายงานวิจัย]. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2540.
- [14] มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. 2534.
- [15] อัมพรพรรณ ธีรานุตร, เจียมจิต แสงสุวรรณ, ศิริพร เกตุดาว, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, ศรีเทียน ตริศิริรัตน์, อัจฉรา หล่อวิจิตร, และคณะ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. [รายงานวิจัย]. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2539.
- [16] หัสยาพร อินทยศ, และฤทธิพล สมฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสียล้ม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566; 6(2): 1-14.
- [17] วรณีย์ จันทร์สว่าง. แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2535; 1(1): 16-7.

ประสิทธิผลของการฝึกกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
Effectiveness of Intensive Occupational Therapy at Home in Stroke Patients

นริสา นิวรนุสิทธิ์^{1*}
Narisa Niworanusit^{1*}

¹ งานกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000

¹ Occupational Therapy Department, Udonthani Hospital, Muang District, Udonthani Province. 41000

* Corresponding Autor: นริสา นิวรนุสิทธิ์ E-mail: tookud@hotmail.com

Received : 27 February 2024

Revised : 8 April 2024

Accepted : 22 April 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ Quasi-experimental research เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝึกกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปฝึกที่บ้าน และมีการติดตามการฝึกกิจกรรมบำบัดทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้โปรแกรมฝึกแบบมาตรฐานทางกิจกรรมบำบัดที่โรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่มได้รับการฝึกเป็นเวลา 60 นาทีต่อวัน 3 วัน ต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องนาน 12 สัปดาห์ โดยใช้การวัด Motor assessment scale (MAS) และ The modified barthel activities of daily index (MBAI) การวัดผลก่อนและหลังให้โปรแกรม ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบภายในกลุ่มใช้ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test ใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานของ MAS และ MBAI ก่อนและหลังให้โปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ส่วนค่ามัธยฐาน MAS และ MBAI ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การฝึกกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเพิ่มความสามารถของแขนและมือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ในกรณีผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการที่โรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นไปฝึกต่อที่บ้านได้ เป็นการเพิ่มการเข้าถึงการบริการทางการฟื้นฟูสภาพทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถทางด้านกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

คำสำคัญ: การฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้น โปรแกรมฝึกมือที่บ้าน

Abstract

This study was a quasi-experimental research. The purpose of the research was to study the effectiveness of intensive occupational therapy training in stroke patients. The sample was obtained using purposive sampling, divided into two groups, each consisting of 30 patients. In the experimental group, the patients attended the intensive occupational therapy program

and resumed training at home, with weekly phone call follow-ups. The control group participated exclusively in the standard program at the clinic. Both groups attended the training sessions for 60 minutes a day, 3 days a week, for 12 weeks. The Motor assessment scale (MAS) and the modified barthel activities of daily index (MBAI) measurements were adopted before and after the program. General data were analyzed by using descriptive statistics. The Wilcoxon signed-rank test and the Mann-Whitney U test were employed to compare within and between groups, respectively. It was found that in each group, the medians of MAS and MBAI, before and after the program, were significantly different (p -value < 0.05). However, when the MAS and MBAI between the two groups were compared, it was shown they were not significantly distant. Intensive occupational therapy training at home among stroke patients can increase the strength of their arms and hands and enhance the performance of their daily activities. In cases patients are inconvenient to access services at the hospital, they can bring the program to practice at home. This is to increase the patient's accessibility to rehabilitation services and improve the patient's daily activity performance.

Keywords: Rehabilitation in stroke patients, Intensive occupational therapy, Home hand training program

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองและพิการอันดับสามของโลก จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่า ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และร้อยละ 32.0 ของการเสียชีวิตทั่วโลก [1] พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355,671 คน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 34,728 คน อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นในปี พ.ศ. 2560 คือ 278.49 สูงขึ้นเป็น 330.72 ในปี พ.ศ. 2565 ถึงแม้ปี พ.ศ. 2563 - 2565 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากการระบาดของโรคโควิดที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสถานการณ์นี้พบเกิดขึ้นในหลายประเทศ [2] จากสถิติ 3 ปี ย้อนหลังของจังหวัดอุดรธานี พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกๆ ปี พบผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 3,255 คน ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 3,515 คน และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3,608 คน เป็นผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 2,263 คน มีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 93.0 ต่างจังหวัด ร้อยละ 7.0 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Ischemic stroke ร้อยละ 70.0 และ Hemorrhage stroke ร้อยละ 30.0 [3]

โรคหลอดเลือดสมองสร้างผลกระทบต่อระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ หลังจากป่วยมีผลกระทบที่ตามมามากมาย ผลของตัวโรคทำให้ความสามารถในการดำรงชีวิตลดลงหรือชะงักไป การทำงาน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถทำได้หรือทำได้ยากขึ้น เนื่องจากปัญหาสมองถูกทำลายส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง บางรายอาจมีปัญหาการกลืนอาหารลำบาก การสื่อสาร การรับรู้ ความคิด ความจำ และความเข้าใจที่บกพร่องไป ผู้ป่วยอาจประสบปัญหาสภาวะทางจิตใจเปลี่ยนแปลง มีภาวะความเครียดวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าตามมา [4] นอกจากนี้ยังกระทบต่อครอบครัวที่ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยเกือบ 24 ชั่วโมง ทำให้สมาชิกในบ้านต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หรือต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อหารายได้หรือต้องปรับเปลี่ยนงานโยกย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อมาดูแลผู้ป่วย บางครอบครัวต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจนกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้ [5] ส่วนในระดับสังคมเป็นผลมาจากการรักษา และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ใช้งบประมาณค่อนข้างสูงทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในระดับประเทศ โดยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน เป็นผู้ป่วยนอก 1,010.22 บาทต่อครั้ง และมีค่าเสียโอกาสเนื่องจากการขาดงาน และความพิการที่สังคมต้องแบกรับภาระในการดูแลในระยะยาว [6]

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ การฟื้นฟูสภาพควรรับฟื้นฟูและฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะของสภาวะทางการแพทย์ยังไม่คงที่ การฟื้นฟูระยะนี้จึงเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนระยะฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation phase) จะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นเต็มรูปแบบ (Intensive rehabilitation program) สำหรับผู้ป่วยที่ทำตามคำสั่งได้ 2 ขั้นตอน เรียนรู้ได้ และสามารถนั่งทรงตัวได้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง เป้าหมายการฟื้นฟูสภาพในระยะนี้คือผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามศักยภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ สามารถกลับเข้าสู่สังคม และประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสม [7, 8] ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายโดยการออกกำลังกายบำบัด เช่น การฝึกนั่ง ฝึกยืน และฝึกเดิน ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาการรับรู้ ความคิด ความจำ แขนและมืออ่อนแรงใช้งานไม่ได้ การสื่อสารหรือมีภาวะกลืนลำบาก จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเพิ่มเติมจากนักกิจกรรมบำบัด [4, 7]

การฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด อาทิ การฝึกกิจวัตรประจำวัน การฝึกการรับรู้ และความเข้าใจ การฝึกการใช้งานของแขนและมือ การฝึกกลืน การเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปสู่การทำงาน การทำอุปกรณ์ช่วยและอุปกรณ์ตาม เป็นต้น [4] จากสถิติของงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,374 คน ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,200 คน และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1,050 คน ผู้ป่วยร้อยละ 40.0 มารับบริการอย่างต่อเนื่อง แต่มีผู้ป่วย ร้อยละ 60.0 ไม่สามารถมารับบริการฟื้นฟูตามนัดได้ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากเศรษฐกิจ และสถานการณ์โรคระบาดทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบบริการฟื้นฟูสภาพ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา บางรายมีปัญหาเรื่องการเดินทาง ไม่มีผู้ดูแลพามารับบริการ ส่วนใหญ่จึงเลือกการดูแลตนเองอยู่ที่บ้านทำให้ขาดการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความก้าวหน้าทางการฟื้นตัวเป็นไปได้ช้า และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต [5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การฝึกฝนที่บ้าน (Home-base rehabilitation) ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การฝึกฝนที่บ้านช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล ประหยัดเวลา และสามารถทำได้ทุกวัน ผู้ป่วยกลับไปทำกิจวัตรประจำวัน และดำรงชีวิตได้เร็วยิ่งขึ้น ในหลายประเทศได้นำโปรแกรมการฝึกที่บ้านอย่างเข้มข้นมาช่วยฝึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ทำให้มีการฟื้นตัว

ที่ดีขึ้น การออกกำลังกายหรือการฝึกฝนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 - 7 วัน ต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงและมีความยืดหยุ่นที่สูงขึ้น [9, 10] เช่น การศึกษาของ Sartor and et al. ในปี 2021 ได้ศึกษาผลกระทบของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ศึกษาในชาวอิหร่านที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ซึ่งเป็นประเทศที่มีค่าครองชีพต่ำ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 3 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการที่โรงพยาบาลตามปกติ ผลพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่บ้านมีคะแนนดัชนีบาร์เรลเอตีแอล (BI) และมีการฟื้นตัวของร่างกาย (Motor recovery) ที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [11] จากงานวิจัยของ Jafari and et al. ในปี 2020 ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแล พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ได้รับการฝึกที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีคะแนนสูงขึ้น [12] ส่วนการศึกษาในประเทศไทย บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ ในปี 2560 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่บ้านต่อความพึงพอใจ และความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทางภาคเหนือของประเทศไทย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่บ้านร่วมกับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบวัดความพึงพอใจ และแบบวัดความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ วัดผลในสัปดาห์ที่ 4, 8 และสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ และความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [13] และจากการศึกษาผลของการทำกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง ศึกษาในผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในชุมชนจำนวน 9 ราย ให้โปรแกรมกายภาพบำบัด 1 ครั้งต่อโรงพยาบาล ร่วมกับการออกกำลังกายที่บ้านตามตารางที่ให้เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยโปรแกรมถูกวิเคราะห์ตามผลการตรวจความสามารถในการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยรายบุคคล พบว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [14] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การใช้โปรแกรมการฝึกฝนที่บ้าน (Home-based program) มีความเป็นไปได้ และมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านร่างกาย แต่การศึกษาข้างต้นยังขาดการติดตามการฝึกกิจกรรมบำบัดระหว่างสัปดาห์ที่ให้โปรแกรม ผู้ป่วยอาจมีความก้าวหน้าหรือปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีมบริการ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝึกกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน และได้รับการติดตามขณะฝึกในระหว่างสัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าทางการฟื้นตัว ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความสามารถทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้นตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบทดสอบก่อนและหลัง เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม (Two group , Pre-post-test design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงเดือน ตุลาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 60 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) 0.95 ค่า Effect size $d = 1.09$ คำนวณได้จากการอ้างอิง งานวิจัยก่อนหน้า (Preliminary study) โดยใช้ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แทนค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ที่ค่า $\bar{X} = 85.38$, S.D. = 14.53 และ $\bar{X} = 71.43$, S.D. = 10.61 [15] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน รวมเป็น จำนวน 46 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วม จึงคำนวณตัวอย่างเพื่อทดแทนการสูญหาย (Drop out) ร้อยละ 20 หรือ 10 คน รวมเป็น 56 คน ทำการพิเศษขึ้นเป็น 60 คน ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน การคัดเลือกแบ่งกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มทดลองเป็นอาสาสมัครกลุ่มที่ไม่สะดวกเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นอาสาสมัครที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตามปกติ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือแตก
- 2) อายุ 18 - 80 ปี
- 3) ระยะเวลาการดำเนินโรค (Onset) ภายใน 3 เดือนแรกหลังป่วย
- 4) ระดับการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ (Brunnstrom stage) ระดับ 1 - 5 ได้แก่ ระยะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ระยะเริ่มมีอาการเกร็ง ระยะอาการเกร็งเพิ่มมากขึ้น ระยะอาการเกร็งลดลง และระยะที่เคลื่อนไหวแบบซับซ้อนได้
- 5) ไม่มีปัญหาการรู้คิด (Cognitive) ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE ≥ 23)
- 6) เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (First attack stroke)
- 7) ไม่มีภาวะปวดไหล่ในระดับรุนแรง (Shoulder pain = severe) ประเมินโดยมาตราวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale < 8)
- 8) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- 1) อาสาสมัครไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ตามข้อกำหนดของโครงการ ขาดการฝึกติดต่อกันเกิน 2 ครั้ง
- 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ รุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล ขณะอยู่ในโครงการ เช่น ภาวะปอดติดเชื้อ (Pneumonia) เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) กระดูกหัก (Fracture) ที่สามารถส่งผลกระทบต่อฝึกต่อเนื่องขณะอยู่ในโครงการหรือเสียชีวิต
- 3) อาสาสมัครตัดสินใจออกจากโครงการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการดำเนินโรค ระยะการฟื้นตัวตาม Brunnstrom stage มือข้างถนัด ข้างที่เกิดพยาธิสภาพ อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล

2) แบบประเมินการทำงานของแขนและมือ (Motor assessment scale: MAS) ฉบับภาษาไทย ประเมินการทำงานของแขนและมือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 หัวข้อ ประกอบด้วย การประเมินการทำงานของต้นแขน การเคลื่อนไหวของมือ และการใช้มือทำกิจกรรมต่างๆ แต่ละหัวข้อจะมีคะแนน 0 - 6 คะแนน คะแนนเต็ม 18 คะแนน [16]

3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The modified barthel activities of daily index: MBI) ประกอบด้วย กิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ 1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 4. Toilet use (การใช้ห้องน้ำ) 5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 8. Bathing (การอาบน้ำ) 9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผลคะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ 0 - 4 คะแนน (กลุ่มติดเตียง) พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ 5 - 11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ [17]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินมาตรฐานผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นและความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว โดยแบบประเมินการทำงานของแขนและมือ (Motor assessment scale) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.99 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ส่วนแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (The modified barthel activities of daily index: MBI) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1

4. การรวบรวมข้อมูล

การนำเข้าอาสาสมัคร

ผู้วิจัยติดป้ายประกาศเชิญชวน บริเวณกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ เมื่อมีผู้สนใจลงชื่อ ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อ และชี้แจงรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ และข้อบ่งชี้ต่างๆ ของงานวิจัยให้ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการฟังและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยโปรแกรมฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้านจะได้รับโปรแกรมการฝึกทางกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นกลับไปฝึกที่บ้าน โดยกิจกรรมแต่ละโปรแกรมผ่านการวิเคราะห์ตามความสามารถของผู้ป่วยโดยนักกิจกรรมบำบัด เป็นผู้กำหนดให้ การฝึกวันละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ต่อเนื่องนาน 12 สัปดาห์ เนื่องจากการฟื้นตัวของร่างกายส่วนบนจะสามารถฟื้นตัวได้ดีภายใน 12 สัปดาห์แรก โปรแกรมแสดงดังภาพที่ 1

การติดตามความก้าวหน้าใช้การสอบถามผ่านโทรศัพท์เพื่อติดตามความก้าวหน้าทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ตามความสะดวกของญาติหรือผู้ดูแล อาสาสมัครแต่ละรายจะถูกติดตามผลทางโทรศัพท์ทั้งหมด 12 ครั้งจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย และมีอัตราการตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 94.4 วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์

โปรแกรม 1 ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนได้	โปรแกรม 2 เริ่มเคลื่อนไหวแขนได้ในแนว ระนาบ แต่ยังไม่สามารถกำมือได้	โปรแกรม 3 เริ่มเคลื่อนไหวแขนในแนวตั้งได้ และสามารถกำมือได้
ชยับข้อต่อ : 10 นาที	ชยับข้อต่อ : 10 นาที	ชยับข้อต่อ : 10 นาที
ลงน้ำหนักแขนข้างอ่อนแรง : 20 นาที	ลงน้ำหนักแขนข้างอ่อนแรง : 20 นาที	ลงน้ำหนักแขนข้างอ่อนแรง : 10 นาที
สเก็ดผ้า : 15 นาที ใช้มือข้างดีช่วยประคอง	สเก็ดผ้า : 15 นาที ใช้แขนข้างอ่อนแรงเคลื่อนไหวเอง	กิจกรรมฝึกมือ : 40 นาที <input type="checkbox"/> หยิบบอลใส่ตะกร้า <input type="checkbox"/> ย้ายแก้วน้ำจากจุดซ้ายไปขวา <input type="checkbox"/> ยกขวดน้ำขึ้นลง <input type="checkbox"/> เปิดฝาขวดน้ำ <input type="checkbox"/> ไม้หนีบผ้า <input type="checkbox"/> บีบลูกบอล <input type="checkbox"/> หยอดเหรียญใส่กระปุก
กิจกรรม 2 มือประสานกัน : 15 นาที <input type="checkbox"/> บอล <input type="checkbox"/> แก้ว	กิจกรรม 2 มือประสานกัน : 15 นาที <input type="checkbox"/> บอล <input type="checkbox"/> แก้ว	

ภาพที่ 1 : โปรแกรมการฝึกทางกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้น สำหรับผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน

กลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน ผู้บำบัดทำตารางการฝึกให้อาสาสมัครโดยกำหนดวัน ช่วงเวลาในการฝึกอย่างชัดเจน เมื่อฝึกเรียบร้อยให้อาสาสมัครหรือญาติลงบันทึกข้อมูลในตารางการฝึกทุกครั้ง เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอคติในการฝึกเกินระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รับโปรแกรมฝึกตามปกติของโรงพยาบาล ให้โปรแกรมฝึกแบบมาตรฐานทางกิจกรรมบำบัดที่โรงพยาบาล โปรแกรมจะถูกวิเคราะห์ให้เหมาะสมกับความสามารถพื้นฐานตามระยะการฟื้นตัวแขนและมือของผู้ป่วย ประกอบด้วย การคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของข้อต่อ การฝึกการเคลื่อนไหวของแขนในแนวระนาบ และการฝึกมือ (Hand function) การหยิบจับ (Hand prehension) ในรูปแบบต่างๆ โดยใช้อุปกรณ์ตามมาตรฐานทางกิจกรรมบำบัด อาสาสมัครจะถูกนัดมาฝึกที่โรงพยาบาล วันละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ต่อเนื่องนาน 12 สัปดาห์ การประเมินผลวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงข้อมูลความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Chi-square

2) สถิติอ้างอิงใช้สถิติ Nonparametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลไม่ปกติ โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่ม และ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 61 - 70 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมามากกว่า 70 ปี ร้อยละ 26.7 ตามด้วย ต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 20.0 และ 51 - 60 ปี ร้อยละ 16.6 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ร้อยละ 83.3 มีระยะเวลาการดำเนินโรค 1 - 3 สัปดาห์ ร้อยละ 76.7 ช่วง 4 - 6 สัปดาห์ ร้อยละ 16.7 ช่วง 7 - 9 สัปดาห์ และ 10 - 12 สัปดาห์ ร้อยละ 3.3 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีระดับการฟื้นตัวของแขน และมือตาม Brunnstrom stage ในระยะที่ 4 ร้อยละ 50.0 ระยะที่ 2 ร้อยละ 23.4 ระยะที่ 1 และระยะที่ 3 เท่ากัน ร้อยละ 13.3 ถนัดข้างขวาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.7 และข้างพยางิสภาพเป็นข้างขวา ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.7 เกษตรกร ร้อยละ 23.3 รับราชการ และว่างงาน เท่ากัน ร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 60.0 รองลงมาไม่มีรายได้ ร้อยละ 13.4 มีรายได้ช่วง 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 10.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี - ภรรยา และบุตร เท่ากัน ร้อยละ 46.7 รองลงมาเป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่อายุ 61 - 70 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมา 51 - 60 ปี ร้อยละ 30.0 ตามด้วย 71 - 80 ปี ร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ร้อยละ 86.7 มีระยะเวลาการดำเนินโรคอยู่ในช่วง 1 - 3 สัปดาห์ ร้อยละ 80.0 รองลงมา ช่วง 4 - 6 สัปดาห์ ร้อยละ 10.0 ส่วนใหญ่มีระดับการฟื้นตัวของแขนและมือตาม Brunnstrom stage ในระยะที่ 4 ร้อยละ 46.7 รองลงมา ระยะที่ 2 ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่มีมือข้างถนัดข้างขวา ร้อยละ 90.0 และมีข้างพยางิสภาพเป็นข้างขวา ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.7 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 23.3 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 40.0 รองลงมาช่วง 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 26.7 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี - ภรรยา ร้อยละ 56.7 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 33.3 และเป็นบิดา - มารดา ร้อยละ 10.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	17 (56.7)	20 (66.7)	0.426
หญิง	13 (43.3)	10 (33.3)	
ช่วงอายุ (ปี)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50	6 (20.0)	3 (10.0)	0.530
51 - 60	5 (16.6)	9 (30.0)	
61 - 70	11 (36.7)	11 (36.7)	
มากกว่า 70	8 (26.7)	7 (23.3)	
การวินิจฉัยโรค			
Ischemic stroke	25 (83.3)	26 (86.7)	0.718
Hemorrhagic stroke	5 (16.7)	4 (13.3)	
ระยะเวลาการดำเนินโรค Onset (สัปดาห์)			
1 - 3	23 (76.7)	24 (80.0)	0.097
4 - 6	5 (16.7)	3 (10.0)	
7 - 9	1 (3.3)	2 (6.7)	
10 - 12	1 (3.3)	1 (3.3)	
ระดับการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ (Brunnstrom stage)			
Stage 1	4 (13.3)	6 (20.0)	0.761
Stage 2	7 (23.4)	8 (26.7)	
Stage 3	4 (13.3)	2 (6.6)	
Stage 4	15 (50.0)	14 (46.7)	
มือข้างถนัด			
ขวา	29 (96.7)	27 (90.0)	0.301
ซ้าย	1 (3.3)	3 (10.0)	
ข้างที่เกิดพยาธิสภาพ			
ขวา	18 (60.0)	19 (63.3)	0.791
ซ้าย	12 (40.0)	11 (36.7)	

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อาชีพ			
ค้าขาย	3 (10.0)	4 (13.3)	0.416
รับจ้าง	11 (36.7)	8 (26.7)	
รับราชการ	4 (13.3)	3 (10.0)	
เกษตรกร	7 (23.4)	7 (23.3)	
ธุรกิจส่วนตัว	1 (3.3)	6 (20.0)	
อื่นๆ (ว่างงาน)	4 (13.3)	2 (6.7)	
ช่วงรายได้ (บาท) เฉลี่ยต่อเดือน			
ไม่มีรายได้	4 (13.4)	3 (10.0)	0.268
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	18 (60.0)	12 (40.0)	
10,001 - 20,000	3 (10.0)	8 (26.7)	
20,001 - 30,000	1 (3.3)	5 (16.7)	
30,001 - 40,000	2 (6.7)	1 (3.3)	
40,001 - 50,000	1 (3.3)	1 (3.3)	
50,001 ขึ้นไป	1 (3.3)	0 (0.0)	
ผู้ดูแล			
สามี - ภรรยา	14 (46.7)	17 (56.7)	0.114
บุตร	14 (46.7)	10 (33.3)	
บิดา - มารดา	0 (0.0)	3 (10.0)	
ญาติพี่น้อง	2 (6.6)	0 (0.0)	

Chi-square

สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการทดสอบเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวที่ไม่ปกติ พบค่ามัธยฐานของการทำงานของแขนและมือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังให้โปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อน - หลังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Motor assessment scale (MAS) และ Modified barthel activities of daily index (MBAI) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

	ตัวแปร		Median	IQR	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	MAS	ก่อนทดลอง	3.00	8.00	-3.696	0.001*
		หลังทดลอง	10.00	12.00		
	MBAI	ก่อนทดลอง	9.50	4.00	-4.628	0.001*
		หลังทดลอง	18.50	6.00		
กลุ่มควบคุม	MAS	ก่อนทดลอง	3.00	10.00	-3.034	0.002*
		หลังทดลอง	11.00	13.00		
	MBAI	ก่อนทดลอง	13.00	6.00	-3.962	0.001*
		หลังทดลอง	17.00	7.00		

*p-value < 0.05, Wilcoxon signed-rank test

สถิติ Mann-Whitney U test ในการทดสอบเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวที่ไม่ปกติ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่ามัธยฐานการทำงานของแขนและมือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (MBAI) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบความสามารถของ Motor assessment scale (MAS), Modified barthel activities of daily index (MBAI) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่ม	Median	(IQR)	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
MAS	ทดลอง	4.50	2.75	30.92	927.50	-0.186	0.853
	ควบคุม	4.50	2.00	30.08	902.50		
MBAI	ทดลอง	7.50	4.00	33.90	1017.00	-1.514	0.130
	ควบคุม	6.00	1.75	27.10	813.00		

Mann-Whitney U test

อภิปราย

จากผลการทดลองในตารางที่ 2 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ของการทำงานของแขนและมือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังให้โปรแกรมภายในกลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยที่รับโปรแกรมฝึกตามปกติของโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับโปรแกรมกิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพการใช้งานของกล้ามเนื้อแขน และมือ กำหนดระยะเวลาการฝึก

กิจกรรมบำบัด และจำนวนวันที่ฝึกในระยะเวลาที่เท่ากัน ตรงกับหลักเกณฑ์การฝึกแบบเข้มข้นตามแนวทางมาตรฐานของการฟื้นฟูสภาพ โดยที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฝึกกิจกรรมบำบัดขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ [18] สอดคล้องกับการศึกษาการออกกำลังกายหรือการฝึกฝนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 - 7 วัน ต่อสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงและมีความยืดหยุ่นที่สูงขึ้น [9, 10] และสอดคล้องกับผลของการทำกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับไปอยู่ในชุมชนจำนวน 9 ราย การทำกายภาพบำบัด 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล ร่วมกับการออกกำลังกายที่บ้านตามโปรแกรมกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเคลื่อนไหวแขนที่ดีขึ้น [14] จากตารางที่ 2 พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังให้โปรแกรมทั้งสองกลุ่ม เมื่อความสามารถของแขนและมือดี ความสามารถทางด้านกิจวัตรประจำวันจะดีขึ้นตามลำดับ เพราะกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานและขั้นสูงอาศัยความสามารถทางการใช้งานของแขนและมือ การเอื้อม การกำ การนำ การปล่อย และการหยิบจับสิ่งของในรูปแบบต่างๆ [4] การฝึกของกลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน เป็นการฝึกภายใต้การวิเคราะห์กิจกรรมและความสามารถโดยนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งมีความเหมาะสมเฉพาะบุคคล โปรแกรมถูกวิเคราะห์ในวันแรกที่รับโปรแกรม และมีการปรับให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่องผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รับโปรแกรมฝึกตามปกติของโรงพยาบาลจะได้พบนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลขณะฝึก ทำให้ได้รับการดูแลเรื่องกิจกรรมที่ให้ฝึกอย่างต่อเนื่อง การฝึกทั้งสองกลุ่มเป็นการฝึกเฉพาะเจาะจงตามระดับการฟื้นฟู เช่น การฝึกแขนและมือในระยะอ่อนแรง ระยะแข็งแรง และระยะการฟื้นฟู เป็นต้น โดยให้กิจกรรมผ่านหลักการกระตุ้นการรับรู้สัมผัสและการสั่งการให้ใช้งานของร่างกายข้างอ่อนแรง การใช้งานร่างกายข้างอ่อนแรงอย่างต่อเนื่องด้วยความถี่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการฟื้นคืนหน้าที่ของเซลล์สมองได้มากขึ้น การหลีกเลี่ยงหรือลดการทำงานของร่างกายข้างที่อ่อนแรงสมองที่ควบคุมร่างกายส่วนนั้นจะลดการทำงานลงด้วย การกระตุ้นให้แขนและขาข้างอ่อนแรงให้ใช้งานจะทำให้สมองข้างนั้นๆ มีการทำงานและฟื้นตัวได้ดีขึ้น [19] การฝึกของทั้งสองกลุ่มเป็นการฝึกด้วยความถี่ที่เหมาะสมและต่อเนื่องนานถึง 12 สัปดาห์ การฝึกทำซ้ำโดยมีความหนักในการฝึกที่เหมาะสมจำนวนครั้งและระยะเวลาในการฝึกที่เพียงพอจะช่วยให้สมองเรียนรู้จนเกิดเป็นความชำนาญในการเคลื่อนไหวทำนั้นๆ และเกิดเป็นทักษะที่สามารถทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตหรือกิจวัตรประจำวันได้เร็วยิ่งขึ้น [5, 18] สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และคณะ ในปี 2565 ได้ศึกษาจำนวนชั่วโมงการทำกายภาพบำบัดที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันอยู่ที่ 10 - 15 ชั่วโมง ภายใน 2 เดือนภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน [19] จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยที่รับโปรแกรมฝึกตามปกติของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการดำเนินโรค อยู่ช่วง 1 - 3 สัปดาห์ ร้อยละ 76.7 และ 80.0 ตามลำดับ จากการศึกษาทางคลินิก พบว่า ในช่วงสัปดาห์แรกไปจนถึง 1 เดือนหลังจากเกิดภาวะหลอดเลือดสมองเป็นช่วงที่มีการฟื้นตัว และเกิดการซ่อมแซมและฟื้นฟูของระบบประสาทสูง [20] และการฟื้นตัวของรยางค์ส่วนบนจะสามารถฟื้นตัวได้ดีภายใน 12 สัปดาห์แรก และโอกาสจะลดลงเมื่อผ่าน 24 สัปดาห์ซึ่งการฟื้นตัวจะดีที่สุดที่สุดในสัปดาห์ที่ 2 [21] จึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง และแม้ว่าฟื้นระยะ 1 เดือนไปจนถึง 6 เดือนแล้วอัตราของ

การฟื้นฟูตัวจะลดลงหรือหลังจาก 6 เดือนแล้วก็ตาม การฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพยังคงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นคืนความสามารถและกระตุ้นให้เกิดกระบวนการ Neural plasticity ได้ [20, 22]

จากตารางที่ 3 พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความสามารถของแขนและมือ และความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันระหว่างผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยที่รับโปรแกรมฝึกตามปกติของโรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่มมีความสามารถที่เพิ่มขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้านมีผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกับการมารับบริการฝึกกิจกรรมบำบัดที่โรงพยาบาล และจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จะเห็นได้ว่า จากข้อมูลทั่วไป กลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ส่วนใหญ่มีอายุ 61 - 70 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมา อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 26.7 เป็นกลุ่มที่เคลื่อนย้ายมาโรงพยาบาลด้วยความยากลำบาก ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.7 เกษตรกร ร้อยละ 23.3 รายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 60.0 รองลงมา ไม่มีรายได้ ร้อยละ 13.4 รวมกันร้อยละ 73.4 ทำให้มีความยากลำบากในการเดินทาง และอาจมีผลกระทบจากภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มประเทศที่มีการเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสภาพต่ำ และกลุ่มประเทศที่ค่าครองชีพต่ำ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพบอุปสรรคและการอำนวยความสะดวกหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 6 เดือนแรก ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู และต้องการรายได้มาใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งต้องการการติดตามอย่างต่อเนื่อง [23] จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้านได้รับการติดตามความก้าวหน้าทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับการวิเคราะห์ และปรับรูปแบบการฝึกที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของเกศริน เอมกวิชัย ในปี 2564 พบว่า การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านสามารถพบปัญหาของผู้ป่วย และสามารถสร้างความมั่นใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น [24] จากการศึกษาในประเทศบราซิล พบว่า การได้รับคิวการฟื้นฟูต้องรอคิวในการรับบริการนาน ทำให้ขาดโอกาสในการฟื้นฟูในช่วงแรก และผู้ดูแลไม่มีความรู้ทางการฟื้นฟูสภาพเพียงพอที่จะดูแลต่อได้ [25]

การฝึกของกลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน เหมาะกับกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ตามปกติ การฝึกที่บ้านช่วยประหยัดเวลาและงบประมาณในการเดินทางมาโรงพยาบาล และเพิ่มโอกาสการฟื้นฟูสภาพทางกิจกรรมบำบัดให้กับผู้ป่วย ลดการสูญเสียโอกาสเวลาทองของการฟื้นฟู (Golden periods) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sartor and et al. ในปี 2021 ศึกษาผลกระทบของการฟื้นฟูการออกกำลังกายที่บ้านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบขาวอิหร่าน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพที่บ้านเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 3 เดือน และได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการที่โรงพยาบาลตามปกติ ผลพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีคะแนนดัชนีบาร์เธลเอ็ดดีแอล (BI) และมีการฟื้นตัวของร่างกาย (Motor recovery) สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [11] และการศึกษาของ Bernocchi and et al. ในปี 2015 ได้ศึกษาการใช้ Home-based program และใช้ระบบการเฝ้าสังเกตการณ์ผ่านทางโทรศัพท์ และการฟื้นฟูสภาพหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของการใช้โทรศัพท์ในการฟื้นฟูสภาพผ่านทางวิดีโอคอล ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 26 ราย 15 ราย เป็นผู้ป่วยระยะ Sub-acute และ 11 ราย เป็นระยะ Chronic ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผ่านการติดตามโดยพยาบาลทางโทรศัพท์ และนักกายภาพบำบัด

ผ่านวิดีโอคอล พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 23 ราย สามารถฟื้นฟูได้ครบตามระยะเวลา เมื่อครบระยะเวลาความสามารถทางการใช้งานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยความสามารถด้านการทรงตัวและการทรงท่า การใช้งานของรยางค์ส่วนบน ความคล่องแคล่ว และสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ส่วนอาการซึมเศร้า และความเครียดของผู้ดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [26] ส่วนในประเทศไทย เกศริน เอมกวิชัย ในปี 2564 ได้ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลในหอผู้ป่วยต่างๆ สอนสาธิตการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ ติดตาม และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วันที่ 7 และ 30 และโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าในวันที่ 14 และ 21 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีจำนวนการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น [24]

สรุป

การศึกษาประสิทธิผลของการฝึกแบบเข้มข้นที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเพิ่มความสามารถของแขนและมือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ กลุ่มผู้รับบริการที่ไม่สามารถมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาล สามารถนำโปรแกรมกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นกลับไปฝึกที่บ้านได้ และให้ผลการฟื้นฟูสภาพได้ไม่แตกต่างจากการมาฝึกที่โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

- 1) โปรแกรมการฝึกกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถมารับบริการฟื้นฟูสภาพทางกิจกรรมบำบัดที่โรงพยาบาลได้ โดยการนำโปรแกรมกลับไปฝึกต่อเนื่องจากที่บ้านได้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างจากการฝึกที่โรงพยาบาล ช่วยให้ประหยัดเวลา และลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง
- 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเข้าสู่ระบบการฟื้นฟูสภาพให้รวดเร็วที่สุด เพื่อผลการฟื้นฟูสภาพที่ดี
- 3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป ควรขยายเวลาการศึกษาติดตามไปจนถึงระยะ 6 เดือน และศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยระยะเรื้อรัง (Chronic stroke) เพื่อศึกษาผลการฝึกเพิ่มเติมในระยะที่เกินเวลาทองของการฟื้นตัว (Golden periods)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดธานี รหัสโครงการ 78/2566

การอ้างอิง

นริสา นิวรนุสิทธิ์. ประสิทธิภาพของการฝึกกิจกรรมบำบัดแบบเข้มข้นที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(2): 181-97.

Niworanusit N. Effectiveness of intensive occupational therapy at home in stroke patients.

Journal of Education and Research in Public Health. 2024; 2(2): 181-97.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562. สืบค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/78a5b91d92a079c1a35867c6347a9299.pdf>.
- [2] สมศักดิ์ เทียมเท่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2565; 39(2): 39-46.
- [3] โรงพยาบาลอุดรธานี. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. อุดรธานี. 2566.
- [4] ทศพร บรรยมาก. กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านระบบประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ, ออเรนจ์กรุ๊ปเทคนิคดีไซท์. 2557. หน้า 123-43.
- [5] ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน.วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2561; 11(2): 26-39.
- [6] Bureau of policy and strategy. Ministry of Public Health. Statistical. Accessed 25 October 2023 from <https://ghdx.healthdata.org/organizations/bureau-policy-and-strategy-ministry-public-health-thailand>.
- [7] ภัทรา วัฒนพันธ์. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556; 1-35.
- [8] ปรีดา อารยาวิชานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สรรพสิทธิ์เวชสาร. 2559; 37(1-3): 1-16.
- [9] Nascimento LR, Rocha RJ, Boening A, Ferreira GP, and Perovano MC. Home-based exercises are as effective as equivalent doses of centre-based exercises for improving walking speed and balance after stroke: a systematic review. Journal of Physiotherapy. 2022; 68(3): 174-8. DOI: 10.1016/j.jphys.2022.05.018.
- [10] Toh SFM, Chia PF, and Fong NK. Effectiveness of home-based upper limb rehabilitation in stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. Frontier in Neurology. 2022; 13: 964196. DOI: 10.3389/fneur.2022.964196.
- [11] Sartor MM, Grau-Sánchez J, Guillén-Solà A, Boza R, Puig J, Stinear C, and et al. Intensive rehabilitation programme for patients with subacute stroke in an inpatient rehabilitation facility: describing a protocol of a prospective cohort study. BMJ Open. 2021; 11(10): e046346. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046346.

- [12] Jafari J, Kermansaravi F, and Yaghoubinia F. The effect of home-based rehabilitation on adherence to treatment and quality of life of individuals after stroke. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2020; 9(2): e107716. DOI: 10.5812/msnj.107716.
- [13] บรรณทวารณ ทิรัญเคราะห์, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, และฉันทนา จันทวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อการทำหน้าที่ การรับรู้ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2560; 11(2): 28-37.
- [14] ผกามาศ พิริยะประสาธน์, กรอนงค์ ยืนยงชัยวัฒน์, นพพล ประโมทยกุล, และกฤษณา ครุฑนาค. ผลของการทำกายภาพบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูแล้ว: การศึกษาเบื้องต้น. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*. 2562; 19: 48-54.
- [15] Chen S, Lv C, Wu J, Zhou C, Shui X, and Wang Y. Effectiveness of a home-based exercise program among patients with lower limb spasticity post-stroke: A randomized controlled trial. *Asian Nursing Research*. 2021; 15(1): 1-7. DOI: 10.1016/j.anr.2020.08.007.
- [16] อัญชลี พันธุ์แก้ว, สุทธิพงษ์ ทิพชาติโยธิน, ประเสริฐพร จันท, เกียรติศักดิ์ ม่วงสุนทร, พัทธินทร พุทธิรักษา, สมลักษณ์ เพียรมานะ, และคนอื่นๆ. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมิน Motor Assessment Scale ฉบับภาษาไทย ในการประเมินการทำงานของแขนและมือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*. 2550; 17(1): 20-5.
- [17] บุษกร โลหารขุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวนิช, และกัญญารัตน์ คำจูน. ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน modified barthel index ฉบับภาษาไทย. *พุทธชินราชเวชสาร*. 2551; 25(3): 842-50.
- [18] กองบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://www.snmri.go.th/snmri-e-library/>.
- [19] วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, นำพร สามิภักดิ์, และชัชวาลย์ สนธิกุล. จำนวนชั่วโมงการทำกายภาพบำบัดที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน. *วารสารกายภาพบำบัด*. 2565; 44(1): 1-11.
- [20] ภาพวิจิตร เสียงเสนาะ, และเฟื่องฟ้า ขอบคุณ. การทบทวนวรรณกรรม การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านการเดินทรงตัว การใช้งานแขนและมือด้วยการฝึกแบบเฉพาะเจาะจง. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*. 2565; 21(2): 26-43.
- [21] Waddell KJ, Strube MJ, Tabak RG, Joshu DH, and Lang CE. Upper limb performance in daily life improves over the first 12 weeks post-stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2019; 33(10): 836-47. DOI: 10.1177/1545968319868716.
- [22] อนุชัย พึ่งพระรัตนตรัย. ผู้ป่วย Stroke กับ Golden Period ตอนที่ 1 เวลาทองของการฟื้นฟู. สืบค้นเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=1971>.

- [23] Kamalakannan S, Gudlavalleti VM, Prost A, Natarajan S, Pant H, Chitalurri N, and et al. Rehabilitation needs of stroke survivors after discharge from hospital in India. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2016; 97(9): 1526-32. DOI:10.1016/j.apmr.2016.02.008.
- [24] เกศริน เอ็มกวิชัย. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไป แห่งหนึ่งของภาคใต้. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2564.
- [25] Soares C, Magalhães JP, Faria-Fortini I, Batista LR, Andrea LL, and Faria CD. Barriers and facilitators to access post-stroke rehabilitation services in the first six months of recovery in Brazil. *Disability Rehabilitation*. 2024; 1-7. DOI: 10.1080/09638288.2024.2310756.
- [26] Bernocchi P, Vanoglio F, Baratti D, Morini R, Rocchi S, Luisa A, and et al. Home-based telesurveillance and rehabilitation after stroke: a real-life study. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2016; 23(2): 106-15. DOI:10.1080/10749357.2015.1120453.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในเขตเทศบาลตำบลชี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่

Factors Related to Primary Health Care among Village Health Volunteers
Keelek Municipality, Mae Rim District, Chiang Mai Province

พงษ์เพชร ดุจี้¹, ฉัตรศิริ วิภาวิน¹, และสามารถ ใจเตี้ย^{1*}

Phongphet Doochee¹, Chatsiri Vipawin¹, and Samart Jaitae^{1*}

¹ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180

¹ Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Rim District,
Chiang Mai Province. 50180

* Corresponding Autor: สามารถ ใจเตี้ย E-mail: Samart_jai@cmru.ac.th

Received : 5 April 2024

Revised : 6 June 2024

Accepted : 19 June 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 109 คน ในเขตเทศบาลตำบลชี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.47) ทั้งนี้มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การประชุมและการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.009 และ 0.022 ตามลำดับ) การศึกษาครั้งนี้มี ข้อเสนอแนะ ให้ศึกษาสถานการณ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ ข้อมูลสุขภาพที่แท้จริงเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และจัดอบรม การดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการดูแลสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้มีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพเบื้องต้น เทศบาลตำบลชี้เหล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This study was a cross-sectional survey. The objective was to study the primary health care of village health volunteers and factors related to the primary health care of village health

volunteers. The sample group was 109 village health volunteers in Kheelek Municipality, Mae Rim District, Chiang Mai Province. Data was collected through a questionnaire, and an informal interview. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, and content analysis. The results found that, overall, the village health volunteers have an average primary health care level at a moderate level ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.47). Factors related to the primary health care of village health volunteers include meetings and training about health care and receiving information about health care. Statistically significant at the 0.05 level (p -value = 0.009 and 0.022). This study has recommendations to continuously study the health situation of village health volunteers in order to obtain real health information about changing self-care behaviors and to organize basic health care training for volunteers. Village public health in the areas of physical, mental, social, and spiritual health care in order to be aware of their own health care.

Keywords: Primary health care, Kheelek municipality, Village health volunteers

บทนำ

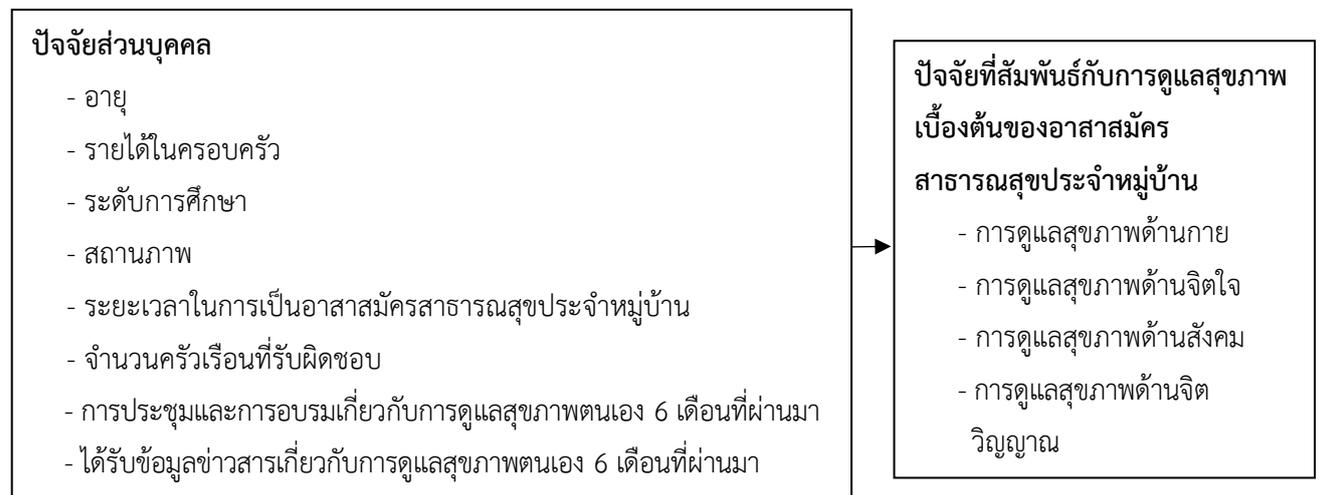
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยปัจจุบันมีทั้งหมด 1,073,850 คน [1] มีบทบาทในการทำงานด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบเชิงรุก เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบในการสำรวจ และเยี่ยมบ้านประชาชน [2] เป็นผู้นำและต้นแบบการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี [3] ในหลายประเทศได้มีการทดลองใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้การดูแลที่จำเป็นสำหรับโรคไม่ติดต่อ [4] ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ไม่มีการผ่อนคลายความเครียด [5] อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อยครั้งก็โลต่อวัน เพียงร้อยละ 12.5 ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 50.2 และมีการดื่มสุราทุกชนิดมากถึง ร้อยละ 21.1 [6] นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษา พบว่า การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางส่วนยังไม่สามารถเชื่อมโยงได้ ต้องฝึกปฏิบัติทั้งการลงพื้นที่สำรวจในชุมชน และการฝึกปฏิบัติการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจส่วนบุคคลมาเชื่อมโยงกับทักษะการถ่ายทอดของวิทยากร [7] สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช บางส่วนมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเมื่อรับประทานยาปฏิชีวนะแล้วอาการไม่ทุเลา ควรเปลี่ยนชนิดของยาปฏิชีวนะ ราคาของยาปฏิชีวนะที่แพงกว่าจะมีดีกว่ายาที่มีราคาน้อยกว่า และการกินหรือทายาปฏิชีวนะจะช่วยให้แผลแห้งเร็วขึ้น [8]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องเพื่อจะเป็นแบบอย่างและต้นแบบการดูแลสุขภาพที่ดี และนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน ทั้งนี้ในพื้นที่เทศบาลตำบลซีเหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางส่วนมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และไม่ทราบถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียด จนส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากการทำงาน ทั้งนี้ผลจากการศึกษาอาจนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) นี้ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2566

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลซีเหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 152 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของเครจซี่และมอร์แกน [9] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 109 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการเป็นตัวแทนผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน ซึ่งตัวแทนที่นำมาสัมภาษณ์นั้น มีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนที่สามารถนำมาใช้ในประกอบการสัมภาษณ์ได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เพศ อายุ รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ เข้าร่วมประชุม และอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา การได้รับข้อมูลวารสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นคำถามปลายปิด และเติมค่าลงในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพด้านกาย การดูแลสุขภาพด้านจิต การดูแลสุขภาพด้านสังคมและการดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งหมด 24 ข้อ แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน แปลผลค่าเฉลี่ย 1.00 - 5.00 ระดับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นน้อยที่สุด - ระดับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นมากที่สุด

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสม่ำเสมอ
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นประจำ
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนานๆครั้ง
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เคยเลย

แปลความหมาย

- 4.51 - 5.00 หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพมากที่สุด
- 3.51 - 4.50 หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพมาก
- 2.51 - 3.50 หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพปานกลาง
- 1.51 - 2.50 หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพน้อย
- 1.00 - 1.50 หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด

ในส่วนของการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ เป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมแนวทางในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ อาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบด้านเนื้อหา ทั้งความเหมาะสมด้านภาษาและข้อความที่สร้างขึ้นครอบคลุมประเด็นที่ต้องการจะวัด โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item - objective congruence index : IOC) โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.40 - 1.00 ผู้วิจัย ได้คัดเลือกข้อความที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 - 1.00 ขึ้นไป จำนวน 24 ข้อ ส่วนการวัดความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามหลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีการหา Alpha coefficient ซึ่งแบบสอบถามในการศึกษานี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 [10]

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย คณะผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการอบรมชี้แจงรายละเอียดของข้อความ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของข้อความ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้การวิเคราะห์โดยสถิติ Chi-square
- 3) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.9 และเพศชาย ร้อยละ 32.1 มีอายุเฉลี่ย 58.80 (S.D. = 9.19) มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 11,026.60 บาท ต่อเดือน ระดับการศึกษา ร้อยละ 2.8 (S.D. = 1.09) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.0 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉลี่ยเท่ากับ 16.10 ปี (S.D. = 11.99) เข้าร่วมประชุมและอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ครั้ง (S.D. = 3.13) และการได้รับข้อมูลวารสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ครั้ง (S.D. = 3.29)

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.31, S.D. = 0.47) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณและการดูแลสุขภาพทางสังคม อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.18, S.D. = 0.56) รองลงมา การดูแลสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

(\bar{X} = 3.23, S.D. = 0.56) และน้อยที่สุดการดูแลสุขภาพทางจิต (\bar{X} = 2.10, S.D. = 0.72) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ (n = 109)

การดูแลสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	แปลผลระดับการปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพทางกาย	3.23	0.56	ปานกลาง
การดูแลสุขภาพทางจิต	2.10	0.72	น้อย
การดูแลสุขภาพทางสังคม	4.10	0.63	มาก
การดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ	4.18	0.56	มาก
เฉลี่ยรวมทั้งหมด	3.31	0.47	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การประชุม และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 6 เดือนที่ผ่านมา และการได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพทางกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยทางด้านอายุ รายได้ในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 109)

ตัวแปร	นานๆ ครั้ง		บางครั้ง		สม่ำเสมอ		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ								
30 - 44 ปี	5	4.6	11	10.1	2	1.8	0.946	0.918
45 - 59 ปี	11	10.1	23	21.1	4	3.7		
60 ปีขึ้นไป	11	10.1	35	32.1	7	6.4		
รายได้ในครอบครัว								
≤ 5,000 บาท	11	10.1	24	22.0	4	3.7	2.602	0.627
5,001 - 12,000 บาท	7	6.4	28	25.7	4	3.7		
12,001 บาทขึ้นไป	9	8.3	17	15.6	5	4.5		

ตัวแปร	นานๆ ครั้ง		บางครั้ง		สม่ำเสมอ		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	2	9.1	20	90.9	0	0.0	8.468	0.076
มัธยมศึกษา	16	33.3	32	66.7	0	0.0		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	23.1	28	71.8	2	5.1		
สถานภาพ								
โสด	1	8.3	11	91.7	0	0.0	3.177	0.529
สมรส	20	27.4	51	69.9	2	2.7		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	25.0	18	75.0	0	0.0		
ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน								
≤ 9 ปี	9	8.3	21	19.3	4	3.7	1.493	0.828
10 - 12 ปี	6	5.4	10	9.2	3	2.8		
13 ปีขึ้นไป	12	11.0	38	34.9	6	5.4		
จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ								
≤ 10 ครัวเรือน	12	11.0	43	39.4	11	10.1	7.761	0.101
11 - 20 ครัวเรือน	15	13.8	24	22.0	2	1.9		
21 ครัวเรือนขึ้นไป	0	0.0	2	1.8	0	0.0		
การประชุมและการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา								
≤ 3 ครั้ง	21	19.3	31	28.4	3	2.8	13.561	0.009*
4 - 6 ครั้ง	6	5.5	31	28.4	8	7.3		
7 ครั้งขึ้นไป	0	0.0	7	6.4	2	1.9		
การได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา								
≤ 2 ครั้ง	16	14.6	18	16.5	3	2.8	11.494	0.022*
3 - 5 ครั้ง	7	6.4	22	20.2	4	3.7		
6 ครั้งขึ้นไป	4	3.7	29	26.6	6	5.5		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการสรุปได้ว่า การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับค่าตอบแทน และนโยบายของภาครัฐส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีการวางแผนงานและดำเนินงานเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดที่กำหนดทำให้บางเวลาเกิดความเครียดสะสม รวมทั้งยังส่งผลทำให้มีเวลาน้อยสำหรับการออกกำลังกาย นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางส่วนมีอายุมากมีโรคประจำตัวและไม่มีแนวทางในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่เหมาะสมโดยเฉพาะพฤติกรรม การรับประทานอาหาร จึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

อภิปราย

การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การดูแลสุขภาพทางจิต อยู่ในระดับน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะยังขาดการประเมินความเสี่ยงตนเองด้านจิตใจ ซึ่งควรมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตเพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต แตกต่างกับการศึกษาของวิลาวรรณคริสต์รักษา [11] ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สามารถเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยได้ ส่วนการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณและการดูแลสุขภาพทางสังคม อยู่ในระดับมาก อาจกล่าวได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้มีจิตอาสาหรือจิตสาธารณะและมีความคิดเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา วรวิวัฒน์ชัย [12] กล่าวว่า ผู้ที่มีความคิดเชิงบวกจะเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี พร้อมจะเข้าใจสถานการณ์วิกฤตต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคอย่างกล้าหาญ มีความอดทนและอดกลั้นได้อย่างเหมาะสม มีการมองโลกในแง่ดีทำให้มองเห็นด้านสว่างของทุกสถานการณ์ สามารถเอาชนะปัญหาและอุปสรรคได้ ผู้ที่มีความคิดเชิงบวกจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิต และสามารถใช้เวลาว่างได้อย่างเต็มศักยภาพ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การประชุมและการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กล่าวได้ว่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้จากการอบรมหรือข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของมนุษย์ ทำให้เกิดความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ บัวชุ่ม [13] ได้ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าจ้าว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้อยู่ในระดับดีมาก คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง จนเชี่ยวชาญ และยั่งยืน ส่วนการได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพทางกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กล่าวได้ว่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญ จะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย นิลแก้ว และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ [6] ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ การศึกษาพบว่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย และรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยได้

สรุป

การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณและการดูแลสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับมาก รองลงมา

การดูแลสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยที่สุดการดูแลสุขภาพทางจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ การประชุมและการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 6 เดือนที่ผ่านมา และการได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพทางกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 เนื่องจากการดูแลสุขภาพทางจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับน้อย และการดูแลสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง เทศบาลตำบลชี้ให้เห็นควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปพิจารณาเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยสนับสนุนแหล่งความรู้ของการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง และนำสู่การดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างถูกต้อง

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

2.1 ควรมีการมีศึกษาปัญหาสุขภาพหรือสถานการณ์สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่แท้จริง และนำมาวางแผนการดูแลสุขภาพได้ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการพัฒนากลไกจัดอบรมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 097/2023

การอ้างอิง

พงษ์เพชร ดุจี่, ฉัตรศิริ วิภาวิน, และสามารถ ใจเตี้ย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(2): 198-208.

Doochee P, Vipawin C, and Jaitae S. Factors related to primary health care among village health volunteers Keelek Municipality, Mae Rim District, Chiang Mai Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2024; 2(2): 198-208.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. จำนวน อสม. จำแนกตามระดับการศึกษาตามรายจังหวัด. สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2566 จาก <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00014.php>.
- [2] Gokhale CN, Simon SS, Hadaye RS, and Lavangare SR. A cross-sectional study to screen community health volunteers for hip/knee-osteoarthritis and osteoporosis. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019; 8(6): 2101-5. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_261_19.
- [3] สุขาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, สมตระกูล ราศิริ, และธิตีรัตน์ ราศิริ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*. 2564; 7(2): 80-97.
- [4] Rajaa S, Sahu SK, and Thulasingam M. Contribution of community health care volunteers in facilitating mobilization for diabetes and hypertension screening among the general population residing in urban puducherry - An operational research study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2022; 11(2): 638-43. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1316_21.
- [5] ไพรัช คำพรมา. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเหล่าอ้อย อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2563; 5(2): 146-52.
- [6] สมชาย นิลแก้ว, และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2563; 3(3): 28-38.
- [7] สามารถ ใจเตี้ย, สิวลี รัตนปัญญา, ณัฏฐ์ สุขสีทอง, ศศิกัญญา นำบุญจิตต์, รัฐพรธณ สันตือโนทัย, จันจิราภรณ์ สท้านไตรภพ, และคนอื่นๆ. การพัฒนากิจกรรมเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*. 2566; 38(1): 27-36.
- [8] อภิชาติ จิตรวิบูลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข*. 2567; 2(2): 150-65.
- [9] Krejcie RV, and Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30(3): 607-10. DOI: 10.1177/001316447003000308.
- [10] Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*. 1993; 78(1): 98-104. DOI: 10.1037/0021-9010.78.1.98.
- [11] วิลาวรรณ คริสต์รักษา. ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2557.

- [12] ปัญญาภ วรวัฒน์ชัย. การคิดเชิงบวก. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. 2565; 16(2): 191-223.
- [13] เบญจวรรณ บัวชุ่ม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าจี่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563; 16(3): 49-58.

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
91 ถนนเทศบาล 1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000



อีเมล : Jalor-Journal@yala.ac.th



โทร : 073212863 ต่อ 131