ISSN 1905-825X

วารสารโรคและภัยสุขภาพ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562

Journal of Disease and Health Risk DPC.3 2019

- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี
- ผลของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3
- ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอวชิรบารมีจังหวัดพิจิตร
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
- การสอบสวนการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มิถุนายน 2561

กรมควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ และผลงานวิจัยด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเป็นสื่อกลางทางวิชาการให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ

เจ้าของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ดิเรก	ขำแป้น	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
แพทย์หญิงฐิติพร	วงศ์ศิริอำนวย	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
นายชรินทร์	ห่วงมิตร	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
นายโกเมศ	อุ่นรัตร์	รองผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
นายแพทย์พิสุทธิ์	ชื่นจงกลกุล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

บรรณาธิการ ดร.สำราญ สิริภคมงคล

กองบรรณาธิการวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

ดร.สวรรยา	สิริภคมงคล	น.ส.จิตติมา	พานิชกิจ
นางธนวรรณ	เอี่ยมรอด	น.ส.วีณา	เจนพรมราช
น.ส.ธนภรณ์	พรหมมูล		

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน (Peer review)

ศ.นพ.วิชัย	เอกพลากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ศุภชัย	ฤกษ์งาม	ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิจัยอิสระ
นพ.วิทยา	สวัสดิวุฒิพงศ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิจัยอิสระ
นพ.ภาสกร	อัครเสวี	ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิจัยอิสระ
นพ.ดร.อนุพงศ์	สุจริยากุล	กรมควบคุมโรค
รศ.พล.ต.ดร.ชัยณรงค์	เชิดชู	วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
รศ.ดร.โยธิน	แสวงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.จรรยา	เศรษฐบุตร	มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ดร.โสภณ	เอี่ยมศิริถาวร	กรมควบคุมโรค
ดร.กมลทิพย์	วิจิตรสุนทรกุล	กรมควบคุมโรค
ผศ.ดร.เกียรติชัย	ฟักศรี	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.จิรภาส	จงจิตวิมล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ภก.ดร.ชาญกิจ	พุฒธิเลอพงษ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พิสูจน์อักษร

น.ส.อุทัยพร	อัครนุภาพพงศ์	น.ส.กาญจนา	เอี่ยมอักษร
นายอนุกูล	บุญคง	นายพนิต	ทองพูล
น.ส.สุเนตตรา	ป่านทรัพย์	นายรัชตาณ	จันทรตัน

งานเทคโนโลยีสารสนเทศ น.ส.นิศามณี รอดแก้ว

กำหนดออกปีละ 3 ครั้ง (มกราคม – เมษายน พฤษภาคม – สิงหาคม และ กันยายน – ธันวาคม)

จัดพิมพ์ที่ โรงพิมพ์ทิศทางการพิมพ์ นครสวรรค์ 091-6255789

บรรณาธิการแถลง

ท่านผู้อ่านที่เคารพทุกท่านวารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ฉบับนี้เป็นการนำเสนอ 2 รูปแบบ คือตีพิมพ์เป็นรูปเล่มเหมือนฉบับก่อน ๆ ที่ผ่านมา และตีพิมพ์ในระบบอิเลคทรอนิกส์ในระบบ Thaijo ท่านสามารถเข้าไปอ่านฉบับเต็มได้ทั้ง 2 แหล่ง แน่นอนเนื้อหาสาระทางวิชาการที่เต็มไปด้วยสาระที่น่าสนใจจากผู้นิพนธ์ที่หลากหลาย อาทิเช่น ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร โดยผกามาศ เพชรพงศ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดย สุวรรณี สร้อยสงค์ เป็นต้น

ฉบับนี้มีรายงานการสอบสวนโรคที่น่าสนใจ ได้แก่ การสอบสวนการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร โดย ธานี โชติกคาม และงานวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี ของ ฐิติภัทร จันเกษม และผลของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบติเหตุทางถนนกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3 ของศศิกานต์ ธนธีระกุล ทั้งหมดล้วนแต่มีความน่าสนใจต่อการติดตามเป็นอย่างยิ่ง

เช่นเดียวกันวารสารยังเปิดรับบทความทางวิชาการ งานวิจัย รายงานการสอบสวนโรคสำหรับผู้สนใจที่จะตีพิมพ์เผยแพร่สามารถเข้าไปอ่าน สมัครเป็นสมาชิกได้ที่ https://www.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/index หรือสนใจสามารถขอคำแนะนำจากกองบรรณาธิการวารสารได้ตลอดเวลา

ดร.สำราญ สิริภคมงคล

บรรณาธิการ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ยินดีรับบทความวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์ และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบท หรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้า
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความฟื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ(ไม่ใช้คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็น

	ข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์และข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตของการวิจัย
วัสดุและวิธีการศึกษา	อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วัสดุและวิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่.ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page). ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.

ข.ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

1.จริญา เลิศอรรฆยมณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพรรณี วรกิจโภคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

3.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

1. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

2.สมาคมอายุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

3.3 การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่.ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

2.รังสรรค์ ปัญญาธัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

3.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s).ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place ofpublication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW,Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nded. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001-19.

2.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตู้จินดา, วินัย สุวัตถี, อรุณ วงษ์จิราษฎร์,ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่.ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

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

2.อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.6 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://…….

ตัวอย่าง

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet].2010[cited2011Jun15];363:1687-9.Availablefrom: http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466

2.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2549];24:465-72. เข้าถึงได้จาก: http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น CD ถึง กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 515/66 ม. 10 ต.นครสวรรค์ตก อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000. หรือส่งเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์ที่กองบรรณาธิการ siriphakha@gmail.com

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ A4 พิมพ์หน้าเดียว ให้ใช้โปรแกรม Microsoft Word รูปแบบอักษร AngsanaUPC ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว ส่งเอกสารมาพร้อมแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับพร้อมระบุชื่อ file

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ หรือ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับ

5.3 เรื่องที่รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ

(How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา สามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแผ่ทางวารสารวิชาการโดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report)ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้าย การเขียน Menu scrip ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวาสารนั้นอย่างเคร่งครัดมีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไร เกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไร เลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ได้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเกตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความยาวประมาณ 250-350 คำ ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไรและด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริงต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุแหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริงโดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามีการระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขาภิบาล สาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรค และการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลาตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ในรูปของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อ ๆ มา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนกี่ราย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์ระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้นและการป้องกันโรค ที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐานในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีต อย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกันในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection สมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวเนื่องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่น เสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคตหรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดีมากขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการตลอดจนผู้ที่ให้ข้อมูลอื่น ๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ **หน้า**

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี 1
Factors Predicting Smoking Prevention Behavior of Secondary School Students in Ban Rai Witthaya School, Uthaithani Province

ผลของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3 14
The Results of Guideline for the Prevention of District Road Traffic Injury (D-RTI) with Road

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอวชิรบารมีจังหวัดพิจิตร 25
Depression among Elderly Patients with Diabetes in Wachirabaramee District, Pichit Province

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 37
Quality of Life of Patients with Type II Diabetes

การสอบสวนการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มิถุนายน 2561 50
An investigation of Zika Outbreakin Tumbon Wanglum, Taphanhin District, Phichit, June 2018

นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี

Factors Predicting Smoking Prevention Behavior of Secondary School Students in Ban Rai Witthaya School, Uthaithani Province

ฐิติภัทร จันเกษม Thitipat Jankasem

เกรียงกมล เหมือนกรุด Kriangkamol Muenkrud

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ Office of disease prevention and Control 3

ขนิษฐา ก้อนเพชร โรงเรียนบ้านไร่วิทยา Kanidtha Konphet BanRai Witthaya School

Received: April 01, 2019

Revised: June 18, 2019

Accepted: July 01, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี จะเป็นประโยชน์ต่อการใช้เป็นฐานข้อมูลวางแผนดำเนินงานเพื่อสกัดกั้นการเกิดนักสูบหน้าใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวนทั้งหมด 1,430 คน ระหว่างเดือนมกราคม 2561 ถึง มีนาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นบันได ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 71.0 ปัจจัยเชิงบวกที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่สูงที่สุด ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลความเชื่อมั่นในตนเอง (Beta = 0.795) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Beta = 0.366) 3) แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.160) 4) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค (Beta = 0.045) และ 5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Beta = 0.057) ตามลำดับ และปัจจัยเชิงลบที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่สูงที่สุด ได้แก่ 1)

ประสบการณ์เคยสูบแต่เลิกแล้ว (Beta = -0.059) 2) ความสัมพันธ์กับครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ (Beta = -0.049) 3) ทัศนคติ (Beta = -0.047) และ 4) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ (Beta = -0.031) ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 9 ตัว ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ร้อยละ 70.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ สามารถนำผลการวิจัยนี้ ใช้เป็นฐานข้อมูลวางแผนการดำเนินงานและจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ควรมุ่งเน้นปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้ 1) เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง 2) สื่อสารให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และ 3) สร้างแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสกัดกั้นการเกิดนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

ABSTRACT

The objective of this predictive research was to study smoking prevention behavior and to examine factors predicting behavior prevention of smoking among secondary school students at Ban Rai Witthaya School, Uthai Thani Province. Which will be useful to use as a database to plan operations. The population were 1,430 students. Data, collected by using questionnaire from January 2018 to March 2018 with a reliability of 0.81, analyzed by using descriptive statistics stepwise multiple regression analysis, was found at significant level of 0.05.

The results revealed that secondary school students Most of smoking prevention behaviors at a very good level, 71.0% for positive factors that predicted smoking prevention behavior, the highest were include 1) confidence in Smoking prevention (Beta = 0.795) 2) Perception of the severity of diseases (Beta = 6. 366) 3) Social support (Beta = 0.160) 4) Perception of benefits and obstacles (Beta = 0.045) and 5) perception of risk of diseases (Beta = 0.057), respectively. And negative factors that predict the highest 1) Experience with smoking but quit (Beta = -0.059) 2) Relationships with families that fight regularly (Beta = -0.049) 3) Attitude (Beta = -0.047) and 4) Smoking (Beta = -0.031), respectively. These variables can predict smoking prevention behavior by 70.0% with a statistically significant level of 0.05.

Suggestions to be used as a guideline and used as a database to develop programs to promote smoking prevention behavior. Should focus on 3 factors as follows 1) Enhance confidence. 2) Communicate to recognize the severity of diseases. 3) creating social support to prevent the occurrence of new smokers in secondary school students.

คำสำคัญ	Keyword
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่	Smoking Prevention Behavior
ความเชื่อมั่นในตนเอง	Self Confidence
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี	Secondary School Students at Ban Rai District, Uthai Thani Province

บทนำ

บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ จากรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่าปัจจุบันทั่วโลกพบผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันสูง ประมาณ 6.4 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ.2573 หากยังไม่มีมาตรการใดๆ จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมด 8 ล้านคนต่อปี[1] จากการสำรวจประชากรไทย ปี พ.ศ. 2558 พบผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 10.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9 เพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 20 เท่า เยาวชนหญิงมีการสูบเพิ่มขึ้นแต่อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบมีแนวโน้มลดลง อีกทั้งเยาวชนยังขาดความเข้าใจและตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบที่ถูกต้อง และเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ง่าย[2] จากการศึกษาภาระทางเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2556 พบมีคนตายในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 309,343 คน โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายหลัก 111,557 คน รองลงมาคือ โรคมะเร็งอื่นๆ 62,192 คน โรคทางเดินหายใจ 22,427 คน โรคปอดอุดกลั้นเรื้อรัง 20,471 คน และโรคมะเร็งปอด 15,581 คน ตามลำดับ[3] รัฐบาลกำหนดให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารจึงให้สถานศึกษาทุกระดับเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ โดยการป้องกันนักสูบรายใหม่ ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการผลิตสื่อเพื่อการเรียนรู้ รวมถึงการวิจัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สถานการณ์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.73 สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ[4] จังหวัดอุทัยธานี เป็นจังหวัดที่สูบในที่สาธารณะมากที่สุด และกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูบเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเข้มแข็ง โรงเรียนบ้านไร่วิทยาเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ต้นแบบในเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2561 เป็นหนึ่งในการขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบในเขตรับผิดชอบ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานเพื่อสกัดกั้นการเกิดนักสูบหน้าใหม่ ที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก และเยาวชน ตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี

2. เพื่อสำรวจปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2561 ถึง มีนาคม 2561 ศึกษาในประชากรทั้งหมด คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 1,430 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและพัฒนาตามกรอบแนวคิด การทบทวนแนวคิดทฤษฎี รวมทั้งมาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ตอน 8 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open-ended) ตอนที่ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 9 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นบันได ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (6 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (5 ข้อ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (5 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสูบบุหรี่ (5 ข้อ) ความเชื่อมั่นในการป้องกันการสูบบุหรี่ (5 ข้อ) และแรงสนับสนุนทางสังคม (10 ข้อ)

การให้คะแนนข้อคำถามตอนที่ 2 และ 3 เป็นข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยให้นักเรียนพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับสภาพที่เป็นจริง มากน้อยเพียงใด ตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับสภาพที่เป็นจริง	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลความหมาย โดยใช้ค่าเฉลี่ยมาจัดระดับสภาพที่เป็นจริงของนักเรียน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับสภาพที่เป็นจริง
4.51 – 5.00	มีระดับสภาพที่เป็นจริงอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51 – 4.50	มีระดับสภาพที่เป็นจริงอยู่ในระดับมาก

2.51 – 3.50	มีระดับสภาพที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
1.51 – 2.50	มีระดับสภาพที่เป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
1.00 – 1.50	มีระดับสภาพที่เป็นจริงอยู่ในระดับน้อยที่สุด

วิธีการเก็บข้อมูล โดยให้นักเรียนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กำหนดเลขรหัสแบบสอบถามเพื่อใช้ในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของชุดข้อมูลเท่านั้น โดยไม่ระบุ ชื่อ – นามสกุล หรือ สัญลักษณ์ใด ๆ ที่แสดงตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม

วิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นบันได ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา จำนวนทั้งหมด 1,482 คน ตอบแบบสอบถามรวม 1,430 คน คิดเป็นร้อยละ 96.49 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 23.8 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 84.3 ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.4 รายได้เฉลี่ย 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 49.4 นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองวันละไม่เกิน 50 บาท ร้อยละ 57.0 เงินพอใช้กับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 73.4 เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.00 – 2.99 ร้อยละ 50.9 นักเรียนไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 84.1 ความสัมพันธ์ครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 88.3 และมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 71.0 ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี (N=1,430)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	688	48.1
หญิง	742	51.9
2.ระดับการศึกษา		
ม.1	341	23.8
ม.2	295	20.6
ม.3	238	16.6
ม.4	204	14.3
ม.5	181	12.7
ม.6	171	12.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3.บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย		
บิดา/มารดา	1,205	84.3
ญาติ	225	15.7
4.อาชีพของผู้ปกครอง		
ไม่ประกอบอาชีพ	16	1.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	152	10.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	214	15.0
รับจ้าง	470	32.9
เกษตรกรรม	578	40.4
5.รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน	283	19.8
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	707	49.4
10,001 – 20,000 บาท/เดือน	232	16.2
20,001 – 30,000 บาท/เดือน	120	8.4
มากกว่า 30,000 บาท/เดือน	88	6.2
6.นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองต่อวัน		
0 – 50 บาท/วัน	815	57.0
51 – 100 บาท/วัน	596	41.7
101 – 150 บาท/วัน	19	1.3
$\bar{X}$ = 59.66 S.D. = 29.622 Min = 10 Max = 150		
7.ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายนักเรียน		
ไม่พอใช้	130	9.0
พอใช้	1,049	73.4
เหลือเก็บ	251	17.6
8.ผลการเรียนของนักเรียน (เกรดเฉลี่ย) ปีการศึกษา 2/2560		
1.00 – 1.99	118	8.3
2.00 – 2.99	728	50.9
3.00 – 3.99	573	40.0
4.00	11	0.8
$\bar{X}$ = 2.7841 S.D. = 0.60971 Min = 1.00 Max = 4.00		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
9.ประสบการณ์การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	1,202	84.1
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	192	13.4
ปัจจุบันยังสูบอยู่	36	2.5
10.ความสัมพันธ์ของนักเรียนกับสมาชิกในครอบครัว		
รักใคร่กันดี	1,263	88.3
ต่างคนต่างอยู่	50	3.5
มีความเห็นไม่ตรงกันบ้าง	92	6.4
รู้สึกเป็นส่วนเกินของครอบครัว	8	0.6
ทะเลาะวิวาทกันเป็นประจำ	17	1.2
11.คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่		
ระดับต่ำ (9 – 21 คะแนน)	102	7.1
ระดับปานกลาง (22 – 34 คะแนน)	313	21.9
ระดับดีมาก (35 – 45 คะแนน)	1,015	71.0
$\bar{X}$ = 34.78 S.D. = 10.863 Min = 9 Max = 45		

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี จำแนกเป็นมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย (N=1,430)

ปัจจัย	ม.ต้น (n=874)		ม.ปลาย (n=556)	
	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่	**3.80**	**มาก**	**3.98**	**มาก**
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	2.76	ปานกลาง	2.72	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	3.85	มาก	4.08	มาก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	3.21	ปานกลาง	3.21	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสูบบุหรี่	3.58	มาก	3.68	มาก
ความเชื่อมั่นในการป้องกันการสูบบุหรี่	3.81	มาก	3.95	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.81	มาก	3.95	มาก

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี จำแนกเป็นเพศชายและเพศหญิง (N=1,430)

ปัจจัย	ชาย (n=688)		หญิง (n=742)	
	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่	**3.79**	**มาก**	**3.94**	**มาก**
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	2.84	ปานกลาง	2.66	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	3.85	มาก	4.03	มาก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	3.29	ปานกลาง	3.13	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสูบบุหรี่	3.55	มาก	3.68	มาก
ความเชื่อมั่นในการป้องกันการสูบบุหรี่	3.82	มาก	4.16	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.82	มาก	3.90	มาก

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี 3 อันดับแรก คือ ความเชื่อมั่นการป้องกันการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 9 ตัว ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ร้อยละ 70.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 2-3

ตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาด้วยสถิติการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นบันได

ตัวแปร	ความเชื่อมั่น	การรับรู้ความรุนแรงฯ	แรงสนับสนุนทางสังคม	เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	ครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ	ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	ยังสูบบุหรี่อยู่	การรับรู้ประโยชน์ฯ	การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ
1.พฤติกรรมฯ	0.794**	0.765**	0.735**	-0.095**	-0.076**	-0.185**	-0.082**	0.735**	0.615**
2.ความเชื่อมั่น		0.791**	0.833**	-0.055*	0.078**	-0.197**	0.058*	0.682**	-0.135**
3.การรับรู้ความรุนแรงฯ			0.730**	-0.024	-0.024	-0.136**	-0.049	0.679**	0.730**
4.แรงสนับสนุนทางสังคม				-0.048	-0.032	-0.135**	-0.029	0.659**	0.284**
5.เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว					-0.005	0.078**	0.061*	-0.054*	0.050

ตัวแปร	ความเชื่อมั่น	การรับรู้ความรุนแรงฯ	แรงสนับสนุนทางสังคม	เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	ครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ	ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	ยังสูบบุหรี่อยู่	การรับรู้ประโยชน์ฯ	การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ
6.ครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ						0.063*	0.241**	-0135**	-0.048*
7.ทัศนคติต่อการสบบหรี่							0.030	0.053*	0.270**
** p-value < 0.01 * p-value < 0.05								0.016	-0.029
อยู่									0.039**
9.การรับรู้ประโยชน์ฯ									

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ด้วยสถิติการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นบันได (N=1,430)

ตัวแปร	b	Beta (β)	t	p-value
ความเชื่อมั่นในการป้องกันการสูบบุหรี่	1.302	0.795	49.601	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	0.605	0.366	15.022	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.147	0.160	5.878	<0.001
ประสบการณ์เคยสูบบุหรี่แต่เลิก	-1.873	-0.059	-4.003	<0.001
ความสัมพันธ์ครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ	-4.930	-0.049	-3.365	<0.001
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	-4.738	-0.047	-3.234	0.001
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	-2.264	-0.031	-2.077	0.038
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสูบบุหรี่	0.089	0.045	2.048	0.041
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	0.112	0.057	2.507	0.012

* p-value < 0.05, Constant = 6.687, R^2 = 0.700

ค่า b แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวในรูป คะแนนดิบ

ค่า Beta แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวในรูป คะแนนมาตรฐาน

ค่า t แสดงค่าคงที่หรือสัมประสิทธิ์ของตัวแปรอิสระตัวนั้น ๆ ที่มีนัยสำคัญต่อตัวแปร

จากตารางผลการวิเคราะห์นำมาเขียนสมการทำนายได้ ดังนี้

Y' = 6.687 + 1.302 (ความเชื่อมั่น) + 0.605 (การรับรู้ความรุนแรง) + 0.147 (แรงสนับสนุนทางสังคม) – 1.873 (เคยสูบบุหรี่แต่เลิก) – 4.930 (ครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ) – 4.738 (ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่) – 2.264 (ยังสูบบุหรี่อยู่) + 0.089 (การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค) + 0.112 (การรับรู้โอกาสเสี่ยง)

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนบ้านไร่วิทยา จังหวัดอุทัยธานี มีจำนวน 8 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความเชื่อมั่นในการป้องกันการสูบบุหรี่ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม 4) ประสบการณ์การสูบบุหรี่ 5) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ 6) ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ 7) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และ 8) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อภิปรายรายตัวแปรได้ดังนี้

1. ความเชื่อมั่นในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่า มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (Beta = 0.795) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของนักเรียน เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการคิดความพยายาม และแรงจูงใจของบุคคล ในการเลือกแสดงหรือเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังไว้ เนื่องจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีความเชื่อมั่นในตนเองมีความมั่นใจในตนเองสูง เมื่อนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่คลุกคลีกับกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ สามารถหลีกเลี่ยงตนเองจากการสูบบุหรี่ได้ ยิ่งส่งผลให้มีความมั่นใจว่าตนเองจะไม่สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา[6] ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถอย่างไรก็จะแสดงถึงความสามารถนั้น คนที่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถก็จะมีความอดทน อุตสาหะไม่ท้อถอยก็จะประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญ คูณคำ[7] พบว่า ความเชื่อความสามารถในการป้องกันการสูบบุหรี่ของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับตนเองสูง รู้ความต้องการของตนเอง รู้นิสัยใจคอ ข้อดี ข้อบกพร้องของตน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกัน

การสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (Beta = 0.366) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า เมื่อนักเรียนระดับมัธยมศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากขึ้น ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่มากขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman[8] ที่กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคอาศัยระดับต่าง ๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคจากบุหรี่

3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (Beta = 0.160) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า จากปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นนั้นเป็นปัญหาที่หลายฝ่ายต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มีความเป็นห่วงกลัวว่าบุตรหลานของตนจะสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และอาจนำไปสู่สิ่งมอมเมาอื่น ๆ ทำให้ความเอาใจใส่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมาก นอกจากนี้สถานศึกษายังต้องให้ความสำคัญในการสอดส่องดูแลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอีกด้วย เพื่อให้พื้นที่ภายในสถานศึกษาเป็นเขตปลอดการสูบบุหรี่ ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 สอดคล้องกับผลการศึกษาของชาริน สุวรรณวงศ์และศรัณย์ พิมพ์ทอง[9] พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง ครู และเพื่อน สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางสังคมที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ บุคคลที่มีนัยสำคัญต่อกลุ่มวัยรุ่นจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือเสริมแรงเพื่อให้วัยรุ่นสามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ได้

4. ประสบการณ์การสูบบุหรี่ มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยแบ่งเป็นเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (Beta = -0.059) และปัจจุบันยังสูบอยู่ (Beta = -0.031) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ไม่เคยสูบบุหรี่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ได้ดีกว่ากลุ่มนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วและที่ยังสูบบุหรี่อยู่ แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วและที่ยังสูบบุหรี่อยู่ทำให้พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของชาริน สุวรรณวงศ์ และศรัณย์ พิมพ์ทอง[9] พบว่า บรรทัดฐานการไม่สูบบุหรี่เป็นแก่นเรื่องที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น และสอดคล้องกับงานวิจัยของอภินันท์ปัญญานุภาพ[10] ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายในสถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดนครปฐม ที่มีภาวะการสูบบุหรี่ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

(Beta = −0.049) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าเนื่องจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถอย่างไร ก็จะแสดงถึงความสามารถนั้น และการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน บิดามารดา หรือบุคคลในครอบครัว จึงควรตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว โดยเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรหลานในครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของชาริน สุวรรณวงศ์และศรัณย์ พิมพ์ทอง[9] พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นแก่นเรื่องที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวทะเลาะวิวาทเป็นประจำ อาจส่งผลต่อความใส่ใจในการทำหน้าที่อบรม เลี้ยงดูลูก ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ได้ลดลง

6. ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (Beta = −0.047) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ ที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ไปทิศทางใดทิศทางหนึ่ง จากผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษามีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (X= 2.75) แสดงให้เห็นว่า ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ที่อยู่ในระดับน้อยและปานกลางมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของนันทิชา ภาชา[11] พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญ 0.01

7. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสูบบุหรี่ มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (Beta = 0.045) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ระดับมากขึ้น อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษามากขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman[8] ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ เป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค สำหรับการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่อาจจะเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำหรือจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเสียค่าใช้จ่าย การทำให้เกิดความอับอายหรือความยากลำบากใจ หรือเป็นการกระทำที่ยุ่งยากหรือทำได้ยาก เป็นต้น

8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (Beta = 0.057) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มากขึ้น สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาได้มากขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman[8] ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ของตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด

สรุปและข้อเสนอแนะ

สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาและใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนดำเนินงานและจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมให้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยมุ่งเน้นส่งเสริมเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในการป้องกันการสูบบุหรี่ สื่อสารและพัฒนาช่องทางการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อสกัดกั้น การเกิดนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562

เอกสารอ้างอิง

1.องค์การอนามัยโลก. สถานการณ์การสูบบุหรี่ ปี 2557 [อินเตอร์เน็ต]. ประเทศไทย; 2557. ที่มา: http://www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php?id=505.

2. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ปี 2560 – 2564. นนทบุรี; 2558. หน้า 197-222.

3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2556. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องวัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). นนทบุรี; 2556.

4. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, ปวีณา ปั้นกระจ่าง. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.). นนทบุรี; 2559.

5. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. สรุปสาระสำคัญแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 – 2562. นนทบุรี; 2558.

6. Bandura A. Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory; New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1986.

7. อรัญ คูณคำ. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 2 [วิทยานิพนธ์]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553.

8. Becker. M.H., & Maiman, L.A. Health Belief Model. Medical Care 1975; Page 10-24

9. ชาริน สุวรรณวงศ์, ศรัณย์ พิมพ์ทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น: การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.

10. อภินันท์ ปัญญานุภาพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย ใน สถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2549.

11. นันทิชา ภาชา. พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.

ผลของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบติเหตุทางถนนกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3

The Results of Guideline for the Prevention of District Road Traffic Injury (D-RTI) with Road Traffic Accident and Death in Regional Health 3.

ศศิกานต์ ธนธีระกุล ค.ม.*
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3
จังหวัดนครสวรรค์

Sasigan Tanateeragul M.Ed. (Health Promotion)
Office of Disease Prevention and Control 3
Nakhon Sawan Province

Received: Mach 29, 2019
Revised: July 01, 2019
Accepted: July 02, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) เขตสุขภาพที่ 3 และศึกษาความสัมพันธ์ของผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนกับการบาดเจ็บ และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ เครือข่ายระดับอำเภอ จำนวน 54 อำเภอ ดำเนินงานในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 โดยใช้แบบประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) ระดับประเทศ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ (Chi-square test (χ^2)) และContingency Coefficient (C)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นผู้นำทีมหลัก ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดี (Good) ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ 27.8 และระดับดีเยี่ยม (Advanced) ร้อยละ 5.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับดีขึ้นไปมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตลดลง จำนวน 35 อำเภอ ร้อยละ 64.81 เมื่อแยกรายกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการจัดการข้อมูล เฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ มาตรการชุมชน/ด่านชุมชน ร้อยละ 96.3 และชี้เป้าจัดการจุดเสี่ยง และรณรงค์ให้ความรู้ ร้อยละ 88.9 ส่วนกิจกรรมที่มีการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ มาตรการองค์กร ร้อยละ 59.3 รองลงมา คือ การสรุปผลการดำเนินงาน ร้อยละ 66.7 และการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 72.2 ตามลำดับ และพบว่า ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเขตสุขภาพที่ 3 ไม่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บ

และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 1.409, p-value = 0.575)

จากผลการวิจัยดังกล่าว พบว่า ด้านนโยบายและกลไกการทำงานยังมีข้อจำกัด ขาดการเชื่อมโยงการจัดการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนระหว่างองค์กรในระดับอำเภอและท้องถิ่น ด้านบุคลากรควรพัฒนาทักษะการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน การวิเคราะห์ถึงรากของปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่นำไปสู่การชี้เป้าอำเภอเสี่ยง การสร้างมาตรการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด และมีการสรุปประเมินติดตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This descriptive research aimed to study of the results of guideline for the prevention of District Road Traffic Injury (D-RTI) with road traffic injury and death in Regional Health 3. The samples were 54 units of District Public Health Offices. The data was the data was collected during October 1, 2017 to September 30, 2018. The research Instruments was the evaluation form for the process of results of guideline for the prevention of District Road Traffic Injury (D-RTI) for accepted national level. Data were analyzed by descriptive statistics namely frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test (χ^2) and Contingency Coefficient (CC.)

The results showed that most samples had the District Public Health Offices as the prime leader. The results from the process of Guideline for the Prevention of District Road Traffic Injury (D-RTI) were as these follows: Good level 66.7%, Excellent level 27.8% and Advanced level 5.6%. The 35 units of the samples with Good level and above had 64.81% decrease in road traffic injury and deaths. Divided into ten activities, it was found that all of the samples had been mostly paid attention on information management, surveillance systems and emergency-management situational awareness at 100%. Secondly, it was collaboration with community participants at 96.3%. Thirdly and finally, it was identification of the accidental-risk areas and public relations campaign at 88.9%. Whilst the samples had been paid the least attention on organizations' road traffic safety organization at 59.3%, performance evaluation at 66.7%, and investigation of the casualties from traffic accident at 72.3% respectively. Furthermore, the results of Guideline for the Prevention of District Road Traffic Injury (D-RTI) did not have statistical significant relation with Road Traffic Accident and Death in Regional Health 3.

The study found that the policy and mechanism still had limitation. There were not any connection of the traffic accidents problem solution between the District Public Health Offices and the local organizations. The personnel should be developed their skills of information management, investigation of the casualties from traffic accident, root cause analysis of an accident leading to the identification of the accidental-risk areas, manipulation of straight-to-the-point solution, and gradual evaluation and monitoring.

คำสำคัญ
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
เขตสุขภาพที่ 3

Key word
Road traffic injury
Guideline for the Prevention of District Road Traffic Injury (D-RTI)
Regional Health 3

บทนำ

อุบัติเหตุจากจราจรทางถนน เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยอีกหลายประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety 2015[1] ขององค์กรอนามัยโลก จัดให้ปะเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับที่ 2 ของโลก โดยมีอัตราตาย 36.2 ต่อประชากรแสนคน (ประมาณ 24,237 คน) ประเทศไทยยังเป็นอันดับ 1 ของเอเชียและอาเซียน ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด จากข้อมูลบูรณาการ 3 ฐาน (สาธารณสุข, ตำรวจ, บริษัทกลางฯ) พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ 23,000-24,000 คน หรือชั่วโมงละ 3 คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคนและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิการอีกปีละกว่า 7,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 2 แสนล้านบาทต่อปี สาเหตุหลักมีอยู่ 3 ปัจจัย คือ คน รถ ถนนและสิ่งแวดล้อม[2]

ส่วนปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ได้แก่ การขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 76 ของอุบัติเหตุบนทางหลวง เกิดจากการใช้ความเร็ว การดื่มแล้วขับ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บในโรงพยาบาล (IS) ของสำนักระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. 2555 พบการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้บาดเจ็บที่ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภท ร้อยละ 33.25 ผู้ขับขี่รถยนต์ที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน มีการคาดเข็มขัดนิรภัยเพียงร้อยละ 15 ในขณะที่ผู้โดยสาร ร้อยละ 6 จากการสำรวจการสวมหมวกนิรภัยทั่วประเทศ ของมูลนิธิไทยโรดส์ พบว่า มีผู้ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 43 แบ่งเป็นคนขับขี่ ร้อยละ 52 และคนซ้อนท้าย ร้อยละ 20 ในกลุ่มวัยรุ่นสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 28 และที่น่าเป็นห่วงมากที่สุด คือ กลุ่มเด็กที่มีเพียง ร้อยละ 7[2]

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยได้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน คือ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 10 คน ต่อ

ประชากรแสนคน ภายไน พ.ศ.2563 ไนส่วนของสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนให้สอดคล้องกับเป้าหมายประเทศ และสอดคล้องกับเป้าหมายพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals หรือ SDGs ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ 3 ใน 17 เป้าหมาย ให้คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ข้อที่ 3.6 ลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2563 และในปีงบประมาณ 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน[3]

ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาและสถานการณ์ของอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน ในเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2561 เท่ากับ 27.35, 29.04, 26.0, 25.54, 19.13 และ 18.74 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงเกินค่าเป้าหมาย[4]

ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 คือ จังหวัดชัยนาท นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร และพิจิตร ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[1] เนื่องจากหน่วยงานในระดับอำเภอเป็นหน่วยจัดการที่มีประสิทธิภาพและประเมินผลได้ดีที่สุด โดยบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ District Health Board (DHB) มุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานผ่านกลไกการควบคุมป้องกันโรคระดับอำเภอเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับอำเภอและท้องถิ่น โดยประยุกต์แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) หรือกลยุทธ์ 5 ส. ภายใต้กรอบกิจกรรมการดำเนินงาน 10 กิจกรรม เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีเป้าหมายเชิงกระบวนการและเชิงผลผลิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหา ป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเขตสุขภาพที่ 3 อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) กับการบาดเจ็บ และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งบุคคล หรือ สิ่งของที่เกิดขึ้นบนทางสาธารณะ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งที่เป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือ คนเดินเท้า [1]

การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทาง

ถนนของหน่วยงานในระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชน หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย แขวงการทาง หมวดการทาง ขนส่งอำเภอ/จังหวัด ตำรวจ สถานศึกษา ภาคเอกชน ฯลฯ[1]

วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผลประเมินการดำเนินงาน D-RTI เขตสุขภาพที่ 3 จากกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว (Cross-Sectional Study) ภายใต้กรอบกิจกรรม จำนวน 10 กิจกรรม ตามแนวทางของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผลการประเมินได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการประเมินผลทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพที่ 3 และระดับประเทศ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เครือข่ายอำเภอทั้งหมด 54 อำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 3 ที่สมัครใจเข้ารับการประเมินรับรองผลการดำเนินงาน D-RTI เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินผลการดำเนินงาน D-RTI ระดับประเทศ ภายใต้กรอบกิจกรรม จำนวน 10 กิจกรรม ที่ได้จากการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เพื่อใช้เป็นแบบประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับประเทศ[1] ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Open Form) สอบถามข้อมูลหัวหน้าทีม/ผู้ประสาน ที่ตั้งหน่วยงาน พื้นที่ดำเนินการ และช่องทางการติดต่อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินผลการดำเนินงาน D-RTI ระดับประเทศ ภายใต้กรอบกิจกรรม จำนวน 10 กิจกรรม ดังนี้ 1. การจัดการข้อมูลการเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหา 2. การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน 3. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา/การประชุม 4. แผนงาน/โครงการ 5. การขับเคลื่อนทีมระดับตำบล/หมู่บ้าน/หน่วยงาน (RTI Team ตำบล) 6. ชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยง 7. มาตรการชุมชน/ด่านชุมชน 8. มาตรการองค์กร 9. รณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ 10. สรุปผลการดำเนินงาน

ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ คะแนนกิจกรรมละ 10 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 100 คะแนน

เป็นการวัดและประเมินผลการดำเนินงาน D-RTI จากคณะกรรมการประเมินผลฯในระดับจังหวัด เขต และส่วนกลางที่แต่งตั้งขึ้น โดยประเมินตามเกณฑ์ และกรอบกิจกรรมเพื่อนำมาจัดระดับตามคะแนนที่กำหนดไว้

จากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับผลการดำเนินงาน D-RTI รายกิจกรรมจากคะแนน ดังนี้

ไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่า	คะแนนเท่ากับ	0
ระดับดี (Good)	คะแนนเท่ากับ	1
ระดับดีมาก (Excellent)	คะแนนเท่ากับ	2
ระดับดีเยี่ยม (Advanced)	คะแนนเท่ากับ	3

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ของผลการดำเนินงาน D-RTI และการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test (χ^2)) และ Contingency Coefficient (C) โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 54 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 ของอำเภอทั้งหมด มีพื้นที่ดำเนินการเป็นหน่วยงานในระดับอำเภอ โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้นำทีมหรือผู้ประสานหลักของทีม (Core team)

2. ผลการดำเนินงาน D-RTI เขตสุขภาพที่ 3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (Good) ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ระดับดีมาก (Excellence) ร้อยละ 27.8 และระดับดีเยี่ยม (Advanced) ร้อยละ 5.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI)

การประเมินผลการดำเนินงาน D-RTI	จำนวนอำเภอ (ร้อยละ) ที่ได้ระดับ		
	ระดับดี (Good)	ระดับดีมาก (Excellent)	ระดับดีเยี่ยม (Advanced)
ผลการดำเนินงาน	36 (66.7)	15 (27.8)	3 (5.5)
ผลลัพธ์ของการดำเนินงานรวมบาดเจ็บและเสียชีวิตลดลง	23 (65.7)	9 (25.7)	3 (8.6)
		35 (64.8)	

3. ผลลัพธ์การดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มตัวอย่างมีผลการดำเนินงาน D-RTI ระดับดีขึ้นไปมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง[5] จำนวน 35 อำเภอ ร้อยละ 64.81 โดยมีผลการดำเนินงานระดับดี (Good) จำนวน 23 อำเภอ

ร้อยละ 65.7 ผลการดำเนินงานระดับดีมาก (Excellent) จำนวน 9 อำเภอ ร้อยละ 25.7 และ ผลการดำเนินงานระดับดี
เยี่ยม (Advanced) จำนวน 3 อำเภอ ร้อยละ 8.6 ดังตารางที่ 1

4. ผลการดำเนินงาน D-RTI เขตสุขภาพที่ 3 แยกรายกิจกรรม ตามกรอบกิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการจัดการข้อมูล การเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ มาตรการชุมชน/ด่านชุมชน ร้อยละ 96.3 และชี้เป้า จัดการจุดเสี่ยง และรณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 88.9 ส่วนกิจกรรมที่มีการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ มาตรการองค์กร ร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ การสรุป

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) เขตสุขภาพที่ 3 แยกรายกิจกรรม

กิจกรรม	ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) (ร้อยละ)				
	ระดับดี (Good)	ระดับดีมาก (Excellent)	ระดับดีเยี่ยม (Advanced)	$\bar{x}$	S.D.
1. การจัดการข้อมูล เฝ้าระวัง จัดทำสถานการณ์ปัญหา	ย้อนหลัง 2 ปี 19 (35.2)	ย้อนหลัง 3 ปี 17 (31.5)	ย้อนหลัง >3 ปี 18 (33.3)	1.9 8	0.84
ไม่ผ่าน		0			
2. การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต	3 ครั้ง/ปี 24 (44.4)	5 ครั้ง/ปี 1 (1.9)	> 5 ครั้ง/ปี 14 (25.9)	1.2 6	1.14
ไม่ผ่าน		15 (27.8)			
3. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีม/การประชุม	3 ครั้ง/ปี 23 (42.6)	5 ครั้ง/ปี 9 (16.7)	> 5 ครั้ง/ปี 12 (22.2)	1.4 3	1.04
ไม่ผ่าน		10 (18.5)			
4. มีแผนงาน/โครงการ	1 แผนงาน	1 แผนงาน	1 แผนงาน	0.8 0	0.40
ไม่ผ่าน		11 (20.4)			
5. การขับเคลื่อนทีมระดับตำบล/หมู่บ้าน/หน่วยงาน (RTI TEAM)	3 ทีม 26 (48.1)	5 ทีม 8 (14.8)	> 5 ทีม 7 (13.0)	1.1 7	0.95
ไม่ผ่าน		13 (24.1)			
6. การชี้เป้า และจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยง	3 จุด 18 (33.3)	5 จุด 20 (37.0)	> 5 จุด 10 (18.5)	1.6 3	0.92
ไม่ผ่าน		6 (11.1)			

กิจกรรม	ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) (ร้อยละ)				
	ระดับดี (Good)	ระดับดีมาก (Excellent)	ระดับดีเยี่ยม (Advanced)	$\bar{x}$	S.D.
7. มาตรการชุมชน/ด่านชุมชน	3 แห่ง	5 แห่ง	> 5 แห่ง	1.9	0.97
	21 (38.9)	10 (18.5)	21 (38.9)	3	
ไม่ผ่าน		2 (3.7)			
8. การดำเนินงานมาตรการองค์กร	3 องค์กร	5 องค์กร	> 5 องค์กร	1.1	1.23
	14 (25.9)	4 (7.4)	14 (25.9)	9	
ไม่ผ่าน		22 (40.7)			
9. การรณรงค์ให้ความรู้	3 ครั้ง	5 ครั้ง	5 ครั้ง	1.5	1.00
ประชาสัมพันธ์	25 (46.3)	9 (16.7)	14 (25.9)	7	
ไม่ผ่าน		6 (11.1)			
10. สรุปผลการดำเนินงาน	1 ฉบับ	1 ฉบับ	1 ฉบับ	0.6	0.47
				7	
ไม่ผ่าน		18 (33.3)			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3 กับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

เขตสุขภาพที่ 3	การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ราย)		
	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	เปรียบเทียบ (ร้อยละ)
	19,352	18,474	-132.31
ความสัมพันธ์	Contingency Coefficient (C)	χ^2	p-value
ผลการดำเนินงาน D-RTI	0.179	1.409	0.575

สรุปและอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นหน่วยงานในระดับอำเภอ โดยมีสาธารณสุขอำเภอที่เป็นผู้นำทีมหรือผู้ประสานหลัก (Core team) สอดคล้องกับการศึกษาของนภิวัฒน์ โคตรแก้ว. (2561).[6] กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 22.55 เนื่องมาจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทาง

ถนนให้ตรงกับค่าเป้าหมายของประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และยังถูกกำหนดเป็นนโยบายสำคัญ โดยกำหนดค่าเป้าหมายทั้งในระดับประเทศ เขต และจังหวัดในการตรวจติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาสอีกด้วย

2. ผลการดำเนินงาน D-RTI เขตสุขภาพที่ 3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (Good) ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ระดับดีมาก (Excellent) และระดับดีเยี่ยม สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน D-RTI ในเขตสุขภาพที่ 1, 2, 5, 6, 9, 10,11 และ 12 ที่ผลการดำเนินงาน D-RTI เขตสุขภาพที่ 3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (Good)[5] และการศึกษาของนภิวัฒน์ โคตรแก้ว. (2561).[6] ที่พบว่า ผลประเมิน D-RTI Team ของอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับดี (Good) ร้อยละ 66.7

3. ผลลัพธ์ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับดีขึ้นไป มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงร้อยละ 64.81 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายร้อยละ 30 ของตัวชี้วัดตามคำรับรองด้านประสิทธิผล ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560 สอดคล้องกับผลการดำเนินงาน D-RTI ทั้ง 12 เขตที่มีผลการดำเนินงานเกินค่าเป้าหมายเช่นกัน[5]

4. ผลการดำเนินงาน D-RTI เขตสุขภาพที่ 3 แยกรายกิจกรรม ตามกรอบกิจกรรม 10 กิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการทำกิจกรรมการจัดการข้อมูล เฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหามากที่สุด ดังนั้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ที่ดีจึงถือเป็นต้นทุนในการเพิ่มทักษะให้กับบุคลากรด้านการจัดการข้อมูลให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เพื่อทำการวิเคราะห์ได้ถึงรากของปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่ นำไปสู่การชี้เป้าอำเภอเสี่ยง และสร้างมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุได้ตรงจุด และควรมีการประเมินติดตามผลของมาตรการอย่างต่อเนื่อง

รองลงมาก็คือ การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน ส่วนกิจกรรมที่มีการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ การดำเนินงานมาตรการองค์กร รองลงมา คือ การสรุปผลการดำเนินงาน และการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สอดคล้องกับการศึกษาของนภิวัฒน์ โคตรแก้ว. (2561).[6] ที่พบว่า เครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บทางถนนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชนมากที่สุดและน้อยที่สุด คือ การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อาจเป็นไปได้ว่าการการดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน นั้นเป็นนโยบายและข้อสั่งการจากของผู้บริหารระดับสูงจากหลายหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุในช่วงเทศกาล จึงให้ความสนใจเป็นพิเศษโดยเฉพาะช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์

ส่วนการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนนั้น เครือข่ายระดับอำเภอมีมุมมองว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยากซับซ้อน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิชาการเพื่อมาวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุร่วมกันจากทีมสหสาขา และร่วมลงพื้นที่ ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาการบาดเจ็บ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการบาดเจ็บต่ออุบัติเหตุในพื้นที่ จึงถือเป็นโอกาสในการ

พัฒนาในการจัดอบรมหลักสูตรพัฒนาทักษะการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนในปีต่อไปให้กับเครือข่ายในระดับอำเภอและทีมสหสาขา เพื่อให้การสอบสวนอุบัติเหตุมีประสิทธิภาพ และสร้างทีมงานเครือข่ายที่เข้มแข็งสามารถนำเสนอมาตรการ/แนวทางแก้ไขอุบัติเหตุในพื้นที่ได้

5. ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) เขตสุขภาพที่ 3 ไม่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปีงบประมาณ 2561 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2560 จะลดลงด้วยปัจจัยใดก็ตาม จึงจำเป็นต้องทบทวนเกณฑ์การประเมินที่มุ่งเน้นการสร้างกระบวนการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่โดยคนในชุมชน เพื่อนำมาสร้างมาตรการที่เหมาะสมที่สุดในการแก้ไขปัญหา มากกว่าเน้นการทำกิจกรรมรณรงค์ และประชาสัมพันธ์ในช่วงเทศกาล

และจากสถานการณ์และปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนดังกล่าว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในด้าน คน รถ ถนนและสิ่งแวดล้อมแล้ว

ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอีก เช่น การขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณในการแก้ไขปัญหาอย่างเพียงพอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดความเข้าใจในปัญหาอุบัติเหตุอย่างแท้จริง ชุมชนขาดความตระหนักในปัญหาของตัวเอง ผู้ขับขี่ขาดทักษะในการขับขี่ การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร เป็นต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาอุบัติเหตุทางถนนนั้นมีหลายรูปแบบ มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่[7] สอดคล้องกับ United Nation Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UN ESCAP) ได้สรุปไว้ว่า ปัญหาด้านความปลอดภัยบนท้องถนนเป็นปัญหาที่เกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน (Multidisciplinary problem) เช่น การบังคับใช้กฎหมาย วิศวกรรม ความปลอดภัยของยานพาหนะ การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น[8]

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจึงจำเป็นต้องเข้าใจสภาพปัญหา มีการวิเคราะห์ถึงรากของปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด และการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานสหสาขาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทั้งภาครัฐและเอกชนก็เป็นส่วนสำคัญในการจัดการความปลอดภัยทางถนน ตลอดจนเรียนรู้ สร้างความตระหนัก และสร้างกระบวนการ และระบบที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางถนนตามแนวทางทศวรรษความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงคมนาคมในเรื่องของความรับผิดชอบร่วมกัน (Shared Responsibility) และระบบถนนที่เอื้อต่อความปลอดภัย (Forgiving Road System) ซึ่งสามารถนำไปสู่การสร้างแนวทางถนนปลอดภัยได้[9]

ดังนั้นจากผลการวิจัย ดังกล่าว พบว่าทางด้านนโยบายและกลไกการทำงานยังมีข้อจำกัด ขาดการเชื่อมโยงการจัดการปัญหาในระดับอำเภอและท้องถิ่น ด้านกฎหมายยังขาดการบังคับใช้ ควรปรับแก้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้านบุคลากรควรพัฒนาทักษะในการจัดการข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต การวิเคราะห์ถึงรากของปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่นำไปสู่การชี้เป้าอำเภอเสี่ยง การสร้างมาตรการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดและประเมินติดตามผลของมาตรการอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานและการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ District Road Traffic Injury (D-RTI). นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-64) กรมควบคุมโรค. แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนน. กระทรวงสาธารณสุข 2561:219-227.

3. กองตรวจราชการ สำนักตรวจราชการ. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (Inspection Guideline) คณะที่ 1การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ ตัวชี้วัดตรวจราชการ:อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน. กระทรวงสาธารณสุข:115-121.

4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดระดับกระทรวง อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค.2562]. เข้าถึงได้จาก:http://healthpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=758&kpi_year=2561

5. สำนักโรคไม่ติตต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปี พ.ศ. 2561 แยกรายเขตและจังหวัดจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด. 2561. [รายงานไฟล์แนบ6. นภิวัฒน์ โคตรแก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บทางถนน อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. 2561;12:12-24.

7. Iamtrakul, P., & Pimonsathean, P. Impact of Urban factors on road accident in Bangkok, Thailand. Lowland Technology Interna tional, 2010;12:30-40.

8. Economic and Social Commission for Asia and The Pacific. Guidelines on Road Safety Action Plan and Programmes. United Nations; 1999. 1-67.

9. Thai Health Promption Found โครงการ วิจัยกฎหมายจราจรทางบก. ประเด็นการบังคับใช้กฎหมายและการจัดการ [อินเทอร์เน็ต], 2009 [The study of land traffic law: Enforcement and management

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอวชิรบารมีจังหวัดพิจิตร

Depression among Elderly Patients with Diabetes in Wachirabaramee District, Pichit Province

ผกามาศ เพชรพงศ์ พ.บ.
Pakhamas Phetpong, M.D

โรงพยาบาลวชิรบารมีจังหวัดพิจิตร
Wachirabaramee Hospital

Received: April 24, 2019

Revised: May 28, 2019

Accepted: July 01, 2019

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตรเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type IIdiabetes) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ขึ้นทะเบียนในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลวชิรบารมีและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอวชิรบารมีเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 ถึง 30 ธันวาคม2561 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างคือ 308 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สันและวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณผลการศึกษาพบว่ามีอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.6 โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยร้อยละ 24.7 และระดับปานกลางร้อยละ 0.97 ตามลำดับพบว่าปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยคือชนิดของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.157$, $p<0.05$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.115$, $p<0.05$) ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคมพบว่าความว้าเหว่จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.248$, $p<0.001$; $r=0.128$, $p<0.05$ ตามลำดับ) ด้านแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคลพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.183$, $p<0.05$) พบว่าปัจจัยทำนายสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานคือความว้าเหว่ ($ß=2.214$, $p < 0.001$) จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ($ß=1.289$, $p< 0.05$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($ß=-0.782$, $p< 0.05$) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 21.9

Abstract

To determine the incidence of depression among elderly with diabetes and their factors relating to depression occurrence in Wachirabaramee District, Pichit Province of Thailand, recruited villagers above 60 years of age with registered type-II diabetes in primary care units of Wachirabaramee Hospital during 1st November to 30th December 2018 were interviewed. Of 308 cases with new registered diabetes, individual and family health status, past history of illnesses, and life-threatening events were recorded. Of those, 79 (25.6%) met definition of depression. 20 (24.7%) were mild graded of depression and 1 (0.79%) were moderate graded. Injected route of insulin comparing to oral route administration was positive statistically significant association to depression by regression ($r=0.157$, $p< 0.05$), however, recognizing their own treatment outcomes was negative association ($r=-0.115$, $p<0.05$). Living with feeling lonely and number of critical life-threatening event was positively associated to depression respectively ($r=0.248$, $p< 0.001$; $r=0.128$, $p< 0.05$), while self-worth was negative significant association ($r=-0.183$, $p<0.05$). Analyzing prediction factors to depression including living with feeling lonely, number of criticallife-threatening event, and self-worth were statistically significance ($ß=2.214$, $p< 0.001$, $ß=1.289$, $p<0.05$, and $ß=-0.782$, $p< 0.05$) respectively. These associated factors were jointly presented to aggravated depression to 21.9%.

บทนำ

ปัจจุบันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในอันดับต้นของประเทศและระดับโลกจากการรายงานสถิติสาธารณสุขของไทย พ.ศ.2553-2557 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [1] โรคเบาหวานส่วนใหญ่พบในเพศหญิงและกลุ่มประชากรสูงอายุ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุร้อยละ 14.8 [2] ถึงร้อยละ 45.5 [3] ของประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดต้องปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอทั้งในด้านการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงด้านการรับประทานยาการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต้องควบคุมน้ำหนักของตนเองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเองไปจากเดิมมากนอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตไม่ทราบว่าโรคจะเกิดรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนขึ้นเมื่อใดและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการไปตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ [4] สิ่งต่าง ๆเหล่านี้ส่งผลให้สุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไปจากปกติจนเป็นโรคซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้นและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ประกอบกับสังคมไทยกำลังเผชิญกับจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยมีประชากรรวม 64.5 ล้านคน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 9.4 ล้านคน คิดเป็น

ร้อยละ 14.57 ของประชากรรวม [5] และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในพ.ศ.2568 ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้านอันส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากการเจ็บป่วยทางกายเกิดโรคเรื้อรังไม่สุขสบายไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิมรายได้น้อยลงช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงบทบาททางสังคมลดลงทำให้ต้องพึ่งพิงมากขึ้นทำให้ไม่มีความสุขท้อแท้รู้สึกไร้ค่าการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของไทย[6] จากการศึกษาพบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้แก่โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุการวินิจฉัยทำได้ยากเพราะผู้ป่วยอาจแสดงอาการไม่ชัดเจนจึงไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกผลที่ตามมาคือการเจ็บป่วยเรื้อรังกลับเป็นซ้ำบ่อยเกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวคนใกล้ชิดและผู้ดูแลรวมทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุ[7]

จากการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของหน่วยบริการในอำเภอวชิรบารมี วันที่ 30 กันยายน 2559 และ วันที่ 25 มกราคม 2561 พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นร้อยละ 14.56 ปี2559 ร้อยละ 14.85 ปี 2560 ร้อยละ 14.92 ปี 2561 โดยผู้สูงอายุจำนวน 4,642 คน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.63 โรคเบาหวานร้อยละ 21.90 และพบว่า มีความเสื่อมถอยของอวัยวะ เช่นการมองเห็น การได้ยิน ข้อเข่าเสื่อม สุขภาพจิต ดัชนีมวลกายเกินค่าปกติ สภาพปัญหาดังกล่าวจะพบว่าผู้สูงอายุ ในอำเภอวชิรบารมี แนวโน้มสูงขึ้น และจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเองกระทบต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆหรือการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลเกิดภาวะพึ่งพิงของบุคคลในครอบครัวจากการดำเนินงานการให้บริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในคลินิก NCD พบว่ามีอัตราเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถึงร้อยละ 31 นอกจากนี้ ระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานบริการสุขภาพจะมีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานแต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านร่างกายและการรักษาด้วยยาส่วนทางด้านจิตใจและด้านสังคมยัง ให้บริการอยู่ค่อนข้างน้อยและขาดการมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมากกว่าวัยอื่น ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงต้องการความร่วมมืออย่างจริงจังในการทำความเข้าใจและแก้ไขอย่างเร่งด่วนเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่ายทั้งสถานบริการสุขภาพครอบครัว และชุมชน

การเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดเรื่องการปรับตัวสำหรับผู้มีปัญหาด้านอารมณ์ของสจ๊วต[8] หรือ The Stuart Stress Adaptation Model as related to emotion responses สอดคล้องกับปัจจัยต่าง ๆจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัย จึงใช้เป็นกรอบแนวคิดศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล (coping resources)[9] จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยปกป้องต่าง ๆ เพื่อนำข้อค้นพบของการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเชิงนโยบายโดยนำผลการวิจัยมาจัดทำแนวทางการวางแผนหรือแผนการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งระดับอำเภอ และระดับตำบล และเพื่อพัฒนาสู่ระบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอวชิรบารมี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล (coping resources)

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล (coping resources)

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์และทำนาย (descriptive correlational predictive research)เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การทำงาน ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรสรู ปแบบการอยู่อาศัย ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ได้แก่ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดการรักษาการมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกาย และปัจจัยทางจิตวิทยาและจิตสังคม ได้แก่ ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตความว้าเหว่ และแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล (coping resources) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สำหรับผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในอำเภอวชิรบารมีจังหวัดพิจิตร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type IIdiabetes) ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนในศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลวชิรบารมี และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอวชิรบารมี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรตามสูตรของเครจซี่และมอร์แกน[10]ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 280 คน เพื่อป้องกันปัญหาจากการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้คือ 308 คน ทำการสุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจากรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 ถึง 30 ธันวาคม 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความถูกต้องและความเหมาะสม

ก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ (Tryout) ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[11] ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นแบบสอบถามที่ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบประกอบด้วยข้อมูล 3 ด้าน ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากรลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและข้อมูลทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีค่าความเที่ยง 0.82

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเมินโดยใช้ Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม20 คะแนน มีค่าความเที่ยง 1.00

ส่วนที่ 3 แบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานประเมินโดยใช้แบบใช้แบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่พัฒนาและแปลจากต้นฉบับแบบวัดความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (Diabetic Distress scale – DDS) ของโพลอนสกีและคณะ[12] เป็นฉบับภาษาไทยโดยกัตติกา ธนะขว้าง และคณะ[13] มีค่าความเที่ยง 0.83

ส่วนที่ 4 แบบวัดความว้าเหว่ประเมินโดยใช้แบบวัดความว้าเหว่ฉบับย่อของฮิวจ์ส[14] ที่พัฒนามาจากแบบวัด The University of California at Los Ageles (UCLA) Loneliness Scale Version 3 ของรัสเซลล์[15] แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิควิธี Forward – backward translation โดยกัตติกาธนะขว้างและคณะ[13] มีค่าความเที่ยง 0.81

ส่วนที่ 5 แบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตใช้แบบประเมินเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตของเอบาส และคณะนักวิจัยไทย[16]ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตของบรูกา และคลาร์ก[17] มีค่าความเที่ยง 0.82

ส่วนที่ 6 แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมซึ่งใช้แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่แปล และพัฒนาโดยกัตติกา ธนะขว้าง [18] ตามแนวคิดของเคราส์และมากิเดส[19] โดยปรับสำนวนภาษาข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีค่าความเที่ยง0.97

ส่วนที่ 7 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุวัดโดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์[20] ที่แปลมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบอร์ก [21] ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจำนวน10ข้อโดยมีข้อความบวกและทางลบอย่างละ 5 ข้อ มีค่าความเที่ยง 0.92

ส่วนที่ 8 แบบวัดภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 ข้อบอกความถี่ของอาการภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fourth edition (DSM-IV) พบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า (sensitivity=0.84, specificity=0.93)[22]

วิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อีตา (Eta Coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ตามระดับมาตรวัดของตัวแปรแต่ละคู่วิเคราะห์อำนาจทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรทั้งหมดโดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter

ผลการศึกษา

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.6 และไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 74.4 พบว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางร้อยละ 24.7 และระดับปานกลางร้อยละ 0.97

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 3 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71.1 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้นอายุ60-69 ปีคิดเป็นร้อยละ 67.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68 ปี ระดับการศึกษาเกินครึ่งเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 61 ส่วนรายได้ต่อเดือน 1,000 บาทหรือน้อยกว่าคิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมามีรายได้ 1,001-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.3 ในด้านความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 42.2 รองลงมาเพียงพอแต่ไม่มีเก็บร้อยละ 39.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 54.5 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.1 รองลงมาคือสถานภาพหม่าย/หย่า/แยกร้อยละ 35 รูปแบบการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 46.1 โดยมีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 43.8 และไม่มีผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 13.3 และเกือบทั้งหมดร้อยละ 96.4 นับถือศาสนาพุทธปั จจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคม พบว่า ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 94.8 ความว้าเหว่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 86.4 จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 91.9 ปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 52.3 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.7 ตามลำดับ

ปัจจัยทางด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยกับการมีภาวะซึมเศร้า พบว่าชนิดของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคม พบว่าความว้าเหว่ จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ด้านแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคลคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยหนุน แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p
ปัจจัยทางด้านประชากรและเศรษฐกิจ		
เพศ	−0.096	0.094
อายุ	0.049	0.392
รายได้	−0.050	0.382
ความเพียงพอของรายได้	−0.066	0.250
สถานนะภาพการทำงาน	−0.014	0.812
สถานภาพสมรส	−0.098	0.086
รูปแบบการอยู่อาศัย	−0.040	0.485
ปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย		
ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน	0.093	0.103
ชนิดของการรักษา	0.157	0.006
การมีโรคเรื้อรังอื่น ๆร่วม	−0.027	0.633
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	−0.095	0.096
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	−0.115	0.044
การออกกำลังกาย	−0.021	0.718
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	−0.014	0.810
ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคม		
ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยโรคเบาหวาน	−0.070	0.217
ความว้าเหว่	0.248	0.000
จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต	0.128	0.025
แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล		
การเกื้อหนุนทางสังคม	0.010	0.856
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	−0.183	0.001

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยการวิเคราะห์เชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยเทคนิค Enter พบว่าปัจจัยทำนายสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานคือความว้าเหว่ จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 21.9

ตารางที่2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (n=308)

ปัจจัยทำนาย	ß	Beta	p-value
ปัจจัยทางด้านประชากรและเศรษฐกิจ			
เพศ	-0.630	-0.083	0.139
อายุ	0.005	0.010	0.154
รายได้	0.098	0.030	0.451
ความเพียงพอของรายได้	-0.599	-0.086	0.186
การทำงาน	0.453	0.065	0.343
สถานภาพสมรส	-0.053	-0.008	0.901
รูปแบบการอยู่อาศัย	0.099	0.014	0.813
ปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย			
ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน	0.036	0.070	0.211
ชนิดของการรักษา	0.226	0.048	0.410
การมีโรคเรื้อรังอื่นๆร่วม	-0.230	-0.023	0.670
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	-0.570	-0.063	0.247
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-0.394	-0.072	0.212
การออกกำลังกาย	0.402	0.074	0.189
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-0.219	-0.018	0.752
ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคม			
ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน	-1.484	-0.096	0.093
ความว้าเหว่	2.214	0.291	0.000**
จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต	1.289	0.135	0.021*
แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล			
การเกื้อหนุนทางสังคม	-0.010	-0.002	0.972
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-0.782	-0.113	0.042*

R^2 =0.219 F=4.242 Sig. F = 0.000 * p< 0.05 ** p< 0.01

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.6 โดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยร้อยละ 24.7 และระดับปานกลางร้อยละ0.97 ตามลำดับ ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยในประเด็นชนิดการรักษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าคือผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยการฉีดอินซูลินหรือทั้งฉีดอินซูลินและรับประทานยามีทีท่าว่าจะประสบกับภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาแบบรับประทานยาอย่างเดียว[23]สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าซึ่งถ้ามีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ จะมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้นเช่นเดียวกับ งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นโรคที่เรื้อรังจำเป็นต้องรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลานานหรืออาจตลอดชีวิตอย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือเรียนรู้ในการอยู่กับโรคได้หรือมีความบกพร่องในการดูแลตนเองมีการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองที่เสื่อมถอยลงอาจมีผลต่อภาวะอารมณ์จิตใจทางลบของผู้ป่วย ประกอบกับถ้าโรคนั้นรุนแรงก็อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่เลวร้ายลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดความท้อแท้สิ้นหวังนำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

ด้านปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคมพบว่าความว้าเหว่จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอำนาจในการทำนายที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในครั้งนี้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับเหตุการณ์สูญเสียหลายอย่างที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิตหรือญาติสนิทการสูญเสียบทบาทต่าง ๆในสังคมและการขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคมประกอบกับในบริบทของชุมชนจะให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง จากข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นร้อยละ41.6 เพราะลูกหลานไปทำงานซึ่งอาจก่อให้เกิดความเหงาโดดเดี่ยวมองตนเองในด้านลบและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานก็จะทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด[24]

เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและความเดือดร้อนมีอำนาจในการทำนายต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากอารมณ์ตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตต่อความเครียดที่เกิดขึ้นต่อการสูญเสียหรือภาวะที่ทำให้เกิดความเสียใจไม่สบายใจหรือเกิดเป็นความทุกข์ทางใจสามารถพัฒนาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ แม้ว่าผลวิจัยจะมีความถี่ของระดับเหตุการณ์วิกฤตของชีวิตและความเดือดร้อนอยู่ในระดับต่ำแต่ก็เป็นปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยหนุน (precipitating factors) ทางด้านจิตวิทยาและจิตสังคมที่สำคัญที่มีอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่หลายภาคส่วนควรให้ความสำคัญทั้งในส่วนของตัวผู้สูงอายุเองครอบครัวชุมชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพราะจะเห็นว่าปัจจัยด้านนี้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในเชิงสังคมชุมชน

ปัจจัยแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล (coping resources) พบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอำนาจในการทำนายต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าหากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นจะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลงสอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุที่รู้สึกขาดความรักความอบอุ่นเกิดความเครียดรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มีคุณค่าในตนเองนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้[25,26] จะพบว่าผลการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างนั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 52.3 และอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 47.7 ตามลำดับ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความสนใจหรือหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นจะช่วยให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยลง

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับซึมเศร้าได้แก่ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วยคือชนิดการรักษา ในด้านปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคมคือความว้าเหว่จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับซึมเศร้าได้แก่ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยคือการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาในตัวบุคคล (coping resources) คือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับปัจจัยทำนายที่สำคัญที่มีอำนาจสูงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน คือ ความว้าเหว่ จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีการพัฒนาการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติที่มีประสิทธิผลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานควรได้รับการคัดกรองเพื่อหาอาการซึมเศร้าและความผิดปกติทางด้านอารมณ์และต้องมีการวางแผนเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่สามารถปฏิบัติได้จริง การประเมินสภาพจิตใจและสังคมควรผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการรักษาโรคเบาหวาน โดยเฉพาะ นโยบายการคัดกรองเพื่อหาปัญหาด้านจิตใจสังคมกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ที่มีการจัดการตนเองไม่ดีโดยเฉพาะในช่วงที่พบเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและความเดือดร้อนควรได้รับการดูแลและการรักษาที่เหมาะสมและควรมีแนวทางการป้องกันกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยการส่งเสริมปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและทักษะด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยต้องมีการสร้างการสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพสูงและในระยะยาวนานโดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัวและจากเพื่อนเพื่อลดความว้าเหว่ป้องกันภาวะซึมเศร้าในสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานการดำรงรักษาไว้ซึ่งวัฒนธรรมเกี่ยวกับความผูกพันระหว่างบิดามารดากับบุตรรวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสังคมและคงการติดต่อพบปะกับเพื่อนฝูงอยู่เสมอเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกิจกรรมทางสังคมต้องมีการขยายไปสู่ทุกชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพทางกายและจิตใจให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

2. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุณยรัตนพันธ์. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551; 1(2): 98-115.

3. ฉัตรปวีณ์จรัสวราวัฒน์. เบาหวาน: โรคที่สั่นคลอนสุขภาพคนไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2551; 38(2): 277-287.

4. ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, เยาวดีสุวรรณนาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สราวุฒิ สีถาน, มยุรีสร้อยศรีสวัสดิ์ และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก https://www.hsri.or.th /researcher/research/new-release/detail/6588.

5. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต. แผนยุทธศาตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

6. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า:ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(3): 24-31.

7. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2558; 2(1): 63-74.

8. Stuart, G.W., Sundeen, S.J. Principles and Practice of Psychaitric Nursing. St. Louis: Mosby; 1991.

9. Stuart, G. Principles & practice of psychiatric nursing. St. Louis: Mosby; 2009.

10. Krejcie, R. V., Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-610.

11. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เจริญผล; 2540.

12. Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L, Edelman SV. Psychological Insulin Resistance in Patients with Type 2 Diabetes.Diabetes Care. 2005; 28(10): 2543-5.

13. กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์ และรวมพร คงกำเนิด. การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์] นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2557.

14. Hughes, Richard L., Ginnett, Robert C., &Curphy, Gordon J. Leadership: Enhancing the Lessons of Experience.Singapore: McGraw-Hill; 2004.

15. Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., &Yurko, K. Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology. Journal of Personality and Social Psychology. 1984; 46(6): 1313-1321.

16. Abas,M.A., Punpuing.S., Jirapramukpitak, T.et al. Rural-urban migration and depression in ageing family members left behind. British Journal of Phychaity. 2009; 195(1), 54-60

17. Brugha,T.S.&Cragg, D.The list of threating

experiences:the reliability and validity of a brief life events questionnaire. ActaPsychiaty Scand. 1990; 82, 77-81.

18. กัตติกา ธนะขว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์, จามจุรีย์ ทนุรัตน์, พิมลพรรณ คุณสิทธิ์ และทัศนา ชูวรรธนปกรณ์. การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุตำบลวรนคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน. กรุงเทพ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2553.

19. Krause, N., &Markides, K. S. Measuring social support among older adults. International Journal of Aging and Human Development.1990; 30: 37-53.

20. วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของสตรีที่มีบุตรยาก. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2536.

21. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. (Rev. Ed.). Middeltown, CT: Wesleyan University Press; 1989.

22.กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554). กรุงเทพฯ: บริษัทละม่อมจำกัด; 2552.

23. Bai, Y. L., Chiou, C. P., & Chang, Y. Y. (2009). Self-care behavior and related factors in older people with type 2 diabetes. J ClinNurs, 18(23), 3308-3315.

24. Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., & Mann, A. H. (1997). Social support deficits, Loneliness and life events as risk factors for depression in old age. Psychological Medicine, 27, 323-332.

25. สายฝน เอกวรางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

26. Frisch, N. C., and Frisch, L. E. Psychiatric mental health nursing: Understanding the client as well as the condition. Albany: Delmar; 2011.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Quality of Life of Patients with Type II Diabetes

สุวรรณี สร้อยสงค์* ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) Suwannee Sroisong* Dr.P.H. (Public Health Nursing)

อังคณา เรือนก้อน* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) Angkhana Rueankon*M.N.S. (Adult Nursing)

ภัณฑิรชา เฟื่องทอง** พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) Panithiracha Fuongtong** M.N.S. (Nursing Administration)

จุฑากานต์ กิ่งเนตร* พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) Chuthakan Kingnetr* M.N.S. (Medical-surgical Nursing)

คุณญา แก้วทันคำ*** พธ.ม.(พระพุทธศาสนา) Kunnaya Kaewtankham*** M.A. (Buddhist studies)

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

*** คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแพร่ DM Clinic, Phrae Hospital

Received: April 10, 2019

Revised: June 26, 2019

Accepted: July 01, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ จำนวน 291คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ (2) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes-39 Thailand) จำนวน 39 ข้อ และวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม 1 ข้อ ความเชื่อมั่นแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.54 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.64 มีภาวะดัชนีมวลกาย $\geq$ 25 กก./เมตร^2 ร้อยละ 41.24 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 57.73 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย =4.735, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =1.380) มิติสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ มิติด้านความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนเพลียอ่อนล้าในการทำกิจกรรม มีปัญหาด้านการมองเห็น และมิติสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตรองลงมาคือ มิติด้านการควบคุมเบาหวาน ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และผลที่ตามมาคือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะอ่อนล้า อีกทั้งตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ประเมินภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เพื่อป้องกันผลที่ตามมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

Abstract

This study employed prospective descriptive study and purpose aimed to study the Quality of Life (QoL) of patients in type 2 diabetes (T2DM). The sample was 291 patients with T2DM who got treatment at DM clinic, out-patient department, Phrae Hospital, Phrae Province. A questionnaire consisted of two parts was used to elicit indices quality of life on participants including 1) Socio-demographic data and health profile; 2) The Thai version of a Diabetes Quality of life (Diabetes-39 Thailand) consisted of 39 items and one item of overall QoL. The reliability of the questionnaire was a Cronbach' s alpha coefficient at 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results showed that most of them were females with 62.54 % and aged more than 60 years with 54.64 %. Most patients (41.24 %) had BMI >25 kg/m^2. Moreover, they had HbA1c > 7% with 57.73 %. The overall score of QOL was moderate (Mean=4.735, SD=1.380). The first health dimension affecting the QoL of the diabetes was Energy and mobility (EM): felt tired and fatigue in doing activities, problem of visual impairment. The second health dimension affecting the QoL was Diabetes Control (DC): uncontrolled diabetes consistently and consequences of diabetes related complications. Thus, healthcare professionals should assess health behaviors and functional health ability to detect factors related to fatigue of the diabetes. Moreover, the healthcare provider should monitor hemoglobin A1c and screen diabetic retinopathy. These activities can prevent consequences of diabetes related complications and also improve a quality of life of the diabetes.

คำสำคัญ:
คุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Key words:
quality of life
patients with type 2 diabetes

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 415 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 หรือมากกว่า 642 ล้านคน โดย 4 ใน 5 ของผู้ป่วยเบาหวานเป็นชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[1] สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลภาครัฐ 674,826 คน, 698,720 คน และ 670,664 คน หรืออัตราป่วยเท่ากับ 1,050.05, 1,080.25 และ 1,032.50 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิต 4,705 คน, 5,480 คน และ 6,114 คน[2]

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิก มีพยาธิสภาพจากภาวะดื้ออินซูลินและความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเรื้อรังต่อหลอดเลือดทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (micro-and macro-vascular complication) ของอวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม ปลายประสาทเสื่อม สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเท้าจึงเกิดแผลที่เท้าและถูกตัดเท้าได้ง่าย[3] โรคนี้ส่งผลต่อจิตใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ท้อแท้ ซึมเศร้า ความสุขในการใช้ชีวิตลดลง และความเจ็บป่วยยังส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงมีคุณภาพชีวิตลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะส่งผลให้ต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี[3,4,5]

จังหวัดแพร่เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 12.26, 21.75 และ 29.35 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[6] ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วย โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีจำนวน 821 คน, 1,023 คนและ1,123 คน[7] โดยมีการให้บริการทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่ จึงมีความ

สำคัญต่อการพัฒนาการบริการพยาบาล อีกทั้งยังไม่ปรากฏการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำข้อมูลไปพัฒนาองค์ความรู้การจัดการบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่

2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective descriptive study design) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแพร่ การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของอิสราเอล[8] ที่ระดับความเชื่อมั่น (confidence level) เท่ากับ 95 % , p = 0.5) โดยคำนวณประชากรจากผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ในปีพ.ศ. 2558 มีจำนวน 970 คน เปิดตารางฯ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 277 คน และเพิ่มความคลาดเคลื่อนของความผิดพลาดของการเก็บข้อมูลอีก 5% ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ 291 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ลักษณะ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นเบาหวาน ชนิด ที่ 2

(2) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป

(3) มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

(4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

(1) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่เฉียบพลันหรือรุนแรง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำ หรือน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการปวดมึนศีรษะ ง่วงงง ซึมลง

(2) ไม่สามารถให้ข้อมูลตลอดการสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และโรคที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes-39 Thailand: D -39) ของเกร็กกอรี่ บอยเยอร์ (Gregory Boyer) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดยกรรณิการ์ สงรักษา และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต[9] แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานนี้ วัดผลกระทบของโรคเบาหวานต่อคุณภาพชีวิตใน 6 มิติสุขภาพ มีจำนวน 39 ข้อ ดังนี้ (1) มิติด้านการควบคุมเบาหวาน (Diabetes Control: DC) จำนวน 12 ข้อ (2) มิติด้านความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (Energy and Mobility: EM) จำนวน 15 ข้อ (3) มิติด้านความวิตกกังวล (Anxiety and worry: AW) จำนวน 4 ข้อ (4) มิติด้านภาระทางสังคม (Social burden: SB) จำนวน 5 ข้อ (5) มิติด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual Functioning: SF) จำนวน 3 ข้อ และวัดระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวม จำนวน 1 ข้อ

การกำหนดคะแนนรายข้อ แบบวัด D-39 เป็นแบบ Numeric rating scale คะแนนแบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้

1) ปัญหาหรือสิ่งที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต แบ่งคะแนนเป็น 7 ระดับ คือ คะแนนสูงสุด เท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง ปัญหาที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ปัญหาที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเลย ดังตัวอย่างดังนี้

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณภาพชีวิตของท่านถูกกระทบโดยสิ่งนี้มากน้อยเพียงใด

ข้อ 1 การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานตามการรักษา

	1_____	2_____	3_____	4____	5_____	6_____	7_____	
ไม่มีผลกระทบเลย						มีผลกระทบอย่างมาก		

ข้อ 2 การต้องจำกัดอาหารเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน

	1_____	2_____	3_____	4____	5_____	6_____	7_____	
ไม่มีผลกระทบเลย							มีผลกระทบอย่างมาก	

2) คุณภาพชีวิตในภาพรวม แบ่งคะแนนเป็น 7 ระดับ คือ คะแนนสูงสุด เท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดีที่สุด ส่วนคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตแย่ที่สุด ดังนี้

ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมของท่านอยู่ในระดับใด

	1_____	2_____	3_____	4____	5_____	6_____	7_____	
คุณภาพชีวิตแย่ที่สุด							คุณภาพชีวิตดีที่สุด	

เกณฑ์ในการแปลผล โดยคำนวณหาคิดเป็นค่าอันตรภาคชั้น มีรายละเอียด ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 3.00 หมายถึง ปัญหาหรือสิ่งนั้น ๆ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อย

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 5.00 หมายถึง ปัญหาหรือสิ่งนั้น ๆ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 5.01 – 7.00 หมายถึง ปัญหาหรือสิ่งนั้น ๆ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก

ส่วนเกณฑ์ในการแปลผล โดยคำนวณหาคิดเป็นค่าอันตรภาคชั้นของคุณภาพชีวิตในภาพรวม มีรายละเอียด ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 3.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 5.01 – 7.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจากดร. เกร็กกอรี่ บอยเยอร์ซึ่งเป็นผู้สร้างเครื่องมือ และขออนุญาตคุณกรรณิการ์ สงรักษา และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต ซึ่งเป็นผู้แปลและพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตฯ เป็นฉบับภาษาไทย (D–39 Thailand) จากนั้นนำแบบสอบถามฯ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ หมายเลขใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3/2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม 2559 – มกราคม 2560 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมและลงนามเข้าร่วมวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 291 ฉบับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และโรคที่เกิดร่วม คำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1.ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวนทั้งสิ้น 291 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.54 (182 คน) มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 54.64 คน (159 คน) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.64

(191 คน) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.86 (116 คน) ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.97 (214 คน) มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.80 (110 คน) (ตารางที่ 1)

จากข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย > 25.0 กก./เมตร^2 ขึ้นไป ร้อยละ 41.24 (120 คน) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 57.73 (168 คน) ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี จำนวน ร้อยละ 72.85 (212 คน) มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.26 (187 คน) ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 58.08 (169 คน) และเป็นโรคไตเสื่อม/ไตวาย ร้อยละ 20.27(59 คน) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป (n=291)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	109	37.46
- หญิง	182	62.54
อายุ (ปี)		
- 20 -40 ปี	17	5.84
- 41 - 60 ปี	115	39.52
- 60 ปีขึ้นไป	159	54.64
	Min-Max=23-87 ปี	$\bar{x}$= 60.89 ปี, SD = 11.48
สถานภาพสมรส		
- โสด	27	9.28
- คู่	191	65.64
- หย่า /หม้าย/แยก	73	25.09
อาชีพ		
- รับจ้าง/เกษตรกร	109	37.50
- ค้าขาย/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	66	27.70
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	116	39.80
การศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	7	2.41
- ประถมศึกษา	214	73.54
- มัธยมศึกษา	28	9.62
- อนุปริญญา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	42	14.43
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
- น้อยกว่า 1,000 บาท	110	37.80
- 1,001 - 5,000 บาท	50	17.18
- มากกว่า 10,000 บาท	53	18.21

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=291)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI) (กก./เมตร^2)		
- น้อยกว่า 18.5 กก./เมตร^2	17	5.84
- 18.50 - 22.99 กก./เมตร^2	98	33.68
- 23.00 - 24.99 กก./เมตร^2	56	19.24
- ตั้งแต่ 25.0 กก./เมตร^2 ขึ้นไป	120	41.24
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (%)		
-น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7%	123	42.27
- มากกว่า 7%	168	57.73
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)		
- น้อยกว่า 5 ปี	79	27.15
- มากกว่า 5 ปี	212	72.85
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง		
- เป็นโรคความดันโลหิตสูง	187	64.26
- ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	104	35.74
ไขมันในเลือดสูง		
- มีภาวะไขมันในเลือดสูง	169	58.08
- ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	122	41.92
ไตเสื่อม/ไตวาย		
- เป็นโรคไตเสื่อม/ไตวาย	59	20.27
-ไม่เป็นโรคไตเสื่อม/ไตวาย	232	79.73

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =4.735, SD = 1.380) (ตารางที่ 3) ส่วนมิติสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 5 มิติอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่า มิติด้านความมีเรี่ยวมีแรงและความกระปรี้กระเปร่า มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด (Mean = 1.631, SD= .704) รองลงมาคือ มิติด้านการควบคุมเบาหวาน (Mean = 1.494, SD= .679) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวม (n=291)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับ			$\bar{x}$	SD	แปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (ร้อยละ)					
คุณภาพชีวิตในภาพรวม	21 (7.20)	79 (27.10)	191(65.60)	4.735	1.363	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ผลกระทบของมิติสุขภาพต่อคุณภาพชีวิต 5 ด้าน (n=291)

มิติสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			$\bar{x}$	SD	แปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก			
	จำนวน (ร้อยละ)					
1. ความมีเรี่ยวมีแรงและความกระปรี้กระเปร่า	280 (96.22)	9 (3.09)	2 (.69)	1.631	.703	น้อย
2. การควบคุมเบาหวาน	275 (94.50)	15(5.16)	1(0.34)	1.494	.679	น้อย
3. ภาระทางสังคม	280(96.22)	11(3.78)	-	1.377	.634	น้อย
4. ความวิตกกังวล	281(96.57)	9(3.09)	1(0.34)	1.353	.671	น้อย
5. เพศสัมพันธ์	281 (96.56)	8 (2.75)	2(0.69)	1.279	.764	น้อย

3. มิติสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณารายข้อที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก พบว่า รายข้อ 9 ความรู้สึกอ่อนเพลียอ่อนล้า มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด (Mean = 2.175, SD= 1.172) รองลงมา คือ ข้อ 12 สายตาพร่ามัวมองภาพไม่ชัดหรือตาบอด (Mean = 2.093, SD= 1.178) ข้อ 39 โรคเบาหวานในภาพรวม (Mean = 2.083, SD= 1.258) ข้อ 24 การพยายามควบคุมโรคเบาหวานให้ได้อย่างต่อเนื่อง (Mean = 1.952, SD= 1.156) และ ข้อ 16 ความเจ็บป่วยอื่น ๆ นอกจากโรคเบาหวาน (Mean = 1.918, SD= 1.221) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 มิติสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รายข้อที่มีคะแนนสูงสุด 10 อันดับแรก จาก 39 ข้อ (n=291)

มิติสุขภาพ	รายข้อ	$\bar{x}$	SD	อันดับ
ความมีเรี่ยวมีแรงและ	ข้อ 9 ความรู้สึกอ่อนเพลียอ่อนล้า	2.175	1.172	1
ความกระปรี้กระเปร่า	ข้อ 12 สายตาพร่ามัวมองภาพไม่ชัดหรือตาบอด	2.093	1.178	2
การควบคุมเบาหวาน	ข้อ 39 โรคเบาหวานในภาพรวม	2.083	1.258	3
	ข้อ 24 การพยายามควบคุมโรคเบาหวานให้ได้อย่างต่อเนื่อง	1.952	1.156	4
ความมีเรี่ยวมีแรงและความกระปรี้กระเปร่า	ข้อ 16 ความเจ็บป่วยอื่น ๆ นอกจากโรคเบาหวาน	1.918	1.221	5

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.54 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 54.64 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 39.86 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 73.54 มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.80 มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.0 กก./เมตร^2 (อ้วน) ร้อยละ 41.24 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 7 % ร้อยละ 57.73 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.85 มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 64.26 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 58.08 และไตเสื่อมร้อยละ 20.27

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรินทิพย์ โกนสันเทียะ (2554)[10] และ Chentli, Azzoug & Mahgoun (2015)[11] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่า อุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุเนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีการเผาผลาญกูลโคสผิดปกติ (Glucose metabolism disorder) เนื่องจากตับอ่อนหลั่งอินซูลินลดลง และ/หรือหลั่งอินซูลินที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้การนำกูลโคสไปใช้ไม่ได้[11] ร่างกายมีการต้านต่ออินซูลินและความผิดปกติของเบต้าเซลล์ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินเพื่อใช้เผาผลาญน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการเผาผลาญโปรตีนและไขมันลดลง ซึ่งหญิงวัยสูงอายุเกิดโรคเบาหวานและอ้วนได้ง่ายกว่าผู้ชาย[12,13] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของศรินทิพย์ โกนสันเทียะ (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่ากว่า 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ[10] อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี จึงไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ ซึ่งเป็นสวัสดิการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น อายุ 60–69 ปี ได้รับเงินเดือนละ 600 บาท และอายุ 70–79 ปี ได้รับเงินเดือนละ 700 บาท เป็นต้น[14]

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินหรืออ้วน เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี มีโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง อีกทั้งส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด $>$ 7 % อธิบายได้ว่า ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เกิดคู่กันกับโรคเบาหวาน เนื่องจากพฤติกรรมทั้งเรื่องการรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่ออกกำลังกาย ทำให้จากนั้นผลที่ตามมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง[15] อีกทั้งระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้หลอดเลือดเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแข็งตัวร่วมกับไขมันเกาะผนังชั้นในของหลอดเลือด ๆ ตีบแคบ จึงเกิดความดันโลหิตสูง[3,15] สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดสูง ร่วมกับมีภาวะน้ำหนักเกิน[10]

2. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากคุณภาพชีวิตในมิติด้านความมีเรี่ยวมีแรงและความกระปรี้กระเปร่า เป็นปัญหาหรือกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ซึ่งมิติด้านความมีเรี่ยวมีแรง ฯ เป็นคุณภาพชีวิตทางกาย (physical component) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ส่งผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย อธิบายได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบทั้งหัวใจ หลอดเลือด ระบบประสาท ระบบการมองเห็น ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบภูมิคุ้มกัน และส่งผลให้เกิดโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน[1,3]

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มิติด้านความมีเรี่ยวมีแรง ฯ ในข้อ 9 ความรู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนล้า เป็นรายข้อที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกอ่อนเพลียอ่อนล้าจากการเป็นโรคเบาหวาน (diabetes fatigue syndrome) เป็นอาการที่พบได้บ่อยใน อาการนี้เกิดได้ทั้งทางร่างกายและ/หรือจิตใจ (physical and psychology fatigue) เนื่องมาจากความเครียดจากความเจ็บป่วย การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (uncontrolled diabetes) การรักษาเบาหวานอย่าง

เข้มงวด การทำกิจกรรมทางกายหรือทำงานหนักเกินไป การควบคุมอาหารหรือรับประทานอาหารอย่างสมดุลย์ (balancing food intake)[16] การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle) ที่ปฏิบัติมาจนเป็นนิสัย (habits) โดยการจำกัดการรับประทานอาหารที่คุ้นชินลดปริมาณอาหารหรือรับประทานหวานลดลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้รบกวนการดำเนินชีวิตปกติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรับประทานอาหารไม่เพียงพอและรู้สึกอ่อนเพลีย [13,16] สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ (2560) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงทำงาน จึงรับประทานอาหารปริมาณมาก โดยเฉพาะอาหารรสหวานและดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง บางรายมีอาการเหนื่อยล้าจากการทำงานจึงไม่ออกกำลังกาย ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[17] อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง ควรได้รับการประเมินระดับน้ำตาลในปลายนิ้ว (DTX) สอบถามเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่รับประทานอาหาร ปริมาณของยาเบาหวานที่ได้รับ และความเครียด (stress) หรือปัญหาที่เกิดขึ้นจนไม่สามารถปรับตัวแก้ปัญหาต่าง ๆ [16] นอกจากนี้จากการศึกษาของ Jodar-Gimeno, Alvarez-Guisasola, Avila-Lachica, Palomares-Ortega, Roldan-Suarez & Lizan-Tudela[18] พบว่า อาการอ่อนเพลียที่พบบ่อย คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ผู้ป่วยเบาหวานบางรายกลัวการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพราะเคยมีประสบการณ์น้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ สูญเสียรายได้และเสียค่าใช้จ่ายที่ต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตลดลงเช่นกัน [18]

ส่วนรายข้อ 12 สายตาพร่ามัวมองภาพไม่ชัดหรือตาบอด อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานมักพบภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญคือ ตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพงศ์ เมฆาสิงหรักษ์ และคณะ(2560) พบว่า ความชุกของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงร้อยละ 7.4[19] และรายข้อ 16 ความเจ็บป่วยอื่น ๆ นอกจากโรคเบาหวานร่วม ซึ่งเบาหวานเกิดแผลที่เท้า 2.8 และมีการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ 18.2 ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยเบาหวาน[19]

นอกจากนี้มิติสุขภาพที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตรองลงมา คือ มิติด้านการควบคุมเบาหวาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน มีเป้าหมายคือ ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 เปอร์เซ็นต์ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย[3,20] ถ้าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง 1 เปอร์เซ็นต์ จะลดการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) ร้อยละ 14 ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 37 ลดการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน 21เปอร์เซ็นต์ [1,3] ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรมีพฤติกรรมใส่ใจดูแลสุขภาพและปรับตัวที่เหมาะสมได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือยาฉีดอินซูลินอย่างต่อเนื่อง การติดตามและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจตา ตรวจเท้าอย่างละเอียด การตรวจเลือดหาระดับไขมันในเลือด การทำงานของไต เป็นต้น เพื่อมีชีวิตที่ยืนยาวและปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี มีภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง และมิติสุขภาพรายข้อที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนเพลียอ่อนล้าในการทำกิจกรรม มีปัญหาด้านการมองเห็น ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และผลที่ตามมาคือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะอ่อนล้า อีกทั้งติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ประเมินภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา อันจะช่วยลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ จึงควรจัดบริการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งตรวจตาเพื่อหาสาเหตุสายตาพร่ามองภาพไม่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ และค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อค้นหาวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานให้เรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคเบาหวานอย่างมีสุขภาพจิตเชิงบวก

3. สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานวัยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8th edition. [Internet]. 2017. [cited 2019 February 1]; Available from: http://diabetes-atlas.org/resources/2017-atlas.html

2.สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558. [อินเตอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ5เมษายน2561]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf

3.ชัชลิต รัตรสาร. สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/2VwZxXF

4.Trikkalinou A, Papazafiropoulou AK. & Melidonis A. Type 2 diabetes and quality of life. World Journal of Diabetes 2017; 8(4): 120-129.

5. Timar R, Velea L, Timar B, Lungeanu D,Oancea C, Roman D, & Mazilu, O. Factors influencing the quality of life perception in patients with type 2 diabetes mellitus. Patients Preference and Adherence 2016; 10: 2471-2477.

6.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักโรคไม่ติดต่อจำนวนและอัตราตาย โรคไม่ติดต่อประจำปี2558. [อินเตอร์เน็ต].

2558. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก :https://bit.ly/2uWWfRN

7.คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่. ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแพร่ แพร่: โรงพยาบาลแพร่; 2561. (เอกสารอัดสำเนา)

8.Israel GD. Determining sample size. [Internet]. 2003. [cited 2019 February 1]. Available from https://www.tarleton.edu/academicassessment/documents/Samplesize.pdf

9.กรรณิการ์ สงรักษา และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน Diabetes-39. สงขลานครินทร์เวชสาร 2552; 2(1): 36-49.

10.ศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จย่า 100 ปี เมืองยางอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2554; 17(1):31-44.

11.Chentli F, Azzoug S, & Mahgoun, S. Diabetes Mellitus in elderly. Indian Journal Endocrinology and Metabolism 2015; 19(6): 744-752.

12.Murphy J, Chevalllier S, Gougeon R, Goulet EDB, & Morais JA. Effect of obesity and type 2 diabetes on protein anabolic response to insulin in elderly women. Experimental Gerontology2015; 69(9): 20-26.

13.Sami W, Ansari T, Butt NS, Hamid MR. Effect of diet on type 2 mellitus: A review. International Journal of Health Science 2017; 11(2): 65-71.

14.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 2561. [อินเตอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://phartrillion.com/allowance/

15.Kyrou I, Tsigos C. Obesity in the elderly diabetic patient. Diabetes Care 2009; 32 (Suppl 2): S403-S409.

16.Kalra S, Sahay R. Diabetes fatigue syndrome. Diabetes Therapy 2018; 9: 1421-1429.

17.สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุล, นิลุบล นันตา และจุฑามาศ สุขเกษม. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(2): 93-103.

18.Jodar-Gimeno E, Alvarez-Guisasola F, Avila-Lachica L, Palomares-Ortega R, Roldan-Suarez C, & Lizan-Tudela L. Quality of life and fear for hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus.Revista Clínica Española 2015; 215(2): 91-97.

19.ณัฐพงศ์ เมฆาสิงหรักษ์, สิรินันท์ ตรียะเวชกุล, จีราวัฒน์ สวัสดิวิทยะยง, หญิง สุพัฒนวงศ์, ปณตศม เง่ายุธากร, อรณิชา พิมพะ, ฉัตรมงคล พรวนเจริญ และรสสุคนธ์ คชรัตน์. ความชุกและปัจจัยของภาวะเบาหวานขึ้นจอตาจากเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่งในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2558;23(3): 35-45.

20.American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2014. Diabetes Care 2014; 37(Supplement 1): S14-S77.

การสอบสวนการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มิถุนายน 2561

An investigation of Zika Outbreak

in Tumbon Wanglum, Taphanhin District, Phichit, June 2018

ธานี โชติกคาม* Thanee Chotigakham Ph.D. (Administration of Organization Development)

จิณตระการ ควรคิด** Jintrakan Kaunkid M.P.H

ปิติ ศรีสละ* Piti Srisara M.P.H

อาทิตย์ บุญผล* Arthit Boonphol B.Ed.

นภามาศ ใจผ่อง* Naphamas Jaipong B.P.H.

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

** โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Received: April 24, 2019

Revised: July 04, 2019

Acecpted: July 07, 2019

บทคัดย่อ

เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2561 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ได้รับแจ้งข้อมูลจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินว่าพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งอาศัยอยู่หมู่ที่ 7 ตำบลวังหลุม ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ ในวันที่ 23 มิถุนายน – 1 สิงหาคม 2561 เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยืนยันการระบาด หาขอบเขตการระบาดและการกระจายของโรค และเพื่อควบคุมป้องกันการระบาดในพื้นที่

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย ค้นหาผู้ป่วยและหญิงตั้งครรภ์เพิ่มเติมโดยใช้นิยามของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคที่กำหนดขึ้น การศึกษาสภาพแวดล้อมในบ้านผู้ป่วยและรัศมี 100 เมตรโดยรอบ และสำรวจลูกน้ำยุงลาย เก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะผู้สัมผัสในครอบครัวและในหญิงตั้งครรภ์ ส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ

จากการศึกษาพบผู้ป่วยตามนิยามรวม 38 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยัน 10 ราย การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มแรกเริ่มทยอยป่วยก่อนผู้ป่วยที่ถูกรายงานรายแรก จำนวน 2 ราย หลังจากนั้นพบผู้ป่วยอีกจำนวน 7 ราย โดยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 21มิถุนายน 2560 และรายสุดท้ายวันที่ 2 กรกฎาคม 2561 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สัมผัสกันในครอบครัวและในสถานที่ทำงาน พบหญิงตั้งครรภ์ 18 ราย ไม่พบการติดเชื้อ อาการแสดงของผู้ป่วยพบมากที่สุด ได้แก่ ผื่นร้อยละ 100 รองลงมา คือไข้ร้อยละ 42.11 ตาแดงร้อยละ 36.84 ตามลำดับ พบเป็นชาย 4 ราย หญิง 6 ราย มีอายุระหว่าง 11–68 ปี ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 29 ปี ซึ่งประกอบอาชีพ ได้แก่ รับจ้าง แม่บ้าน นักเรียนนักศึกษา สำรวจสิ่งแวดล้อมพบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูง โดยเฉพาะร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (House Index: HI) เท่ากับร้อยละ 41.55 จึงมีการระดมเจ้าหน้าที่จากทุกภาคส่วน ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคอย่างรวดเร็วและติดตามผู้ติดเชื้อทุกราย โดยค้นหาผู้ติดเชื้อกำจัดยุงลายและลูกน้ำยุงลาย ให้ครบทุกครัวเรือนในรัศมี 100 เมตรในเวลาสั้นที่สุดรวมถึงติดตามอย่างเคร่งครัดในทุกครัวเรือน

การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พบว่าเคยเกิดโรคและมีการระบาดของโรคนี้ในพื้นที่ใกล้เคียงมาก่อนแล้ว อาการของโรคคล้ายโรคติดเชื้อไวรัสไข้ออกผื่นทั่วไป เป็นโรคค่อนข้างใหม่สำหรับอำเภอตะพานหิน ทำให้ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็ว จึงทำให้เป็นการส่งเสริมการเกิดการระบาดในพื้นที่เป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมโรค ทำให้โรคสงบลงได้

Abstract

On May 22 2018, the epidemiology unit of the public health Taphanhin district center Phichit received the notification of a woman infected with Zika virus in Tumbon Wanglum, Taphanhin district, Phichit. The surveillance rapid response team and village health volunteers conducted an outbreak investigation in this area during May 23 – August 1st, 2018. The objectives aimed to confirm diagnosis and potential outbreak, to describe the epidemiologic characteristics and to control the outbreak.

The descriptive epidemiologic study was carried out. An active case was interviewed and her

medical record was revealed. An active search for other cases (especially pregnant women) which met the case definition in the community was performed. An environmental survey was done in household and area within 100 meters. All contact persons' blood and urine were sent for laboratory tests.

Thirty eight cases which met the case definition were identified. Ten cases were confirmed while the other seven were asymptomatic. Two cases started to have symptoms before the index case was identified whereas seven other cases began afterwards. All cases started to have symptom between May 21 – July 2nd, 2018. Most cases were infected from their family and from work place. There were 18 pregnant women which were not infected. The most symptoms were rash (100%) fever (42.11) and red eyes (36.84%). The cases were 4 males and 6 females with median age 29 years old (range 11–68 years old). Their occupations were general employees, maids and students. The environmental survey revealed house index (HI) was 41.55% so the mosquitoes and the larvae were searched and destroyed. All patients were followed and the environments were controlled regularly.

This was the first outbreak of Zika virus infection in Tumbon Wanglum, Taphanhin district, Phichit. Patients developed symptoms similar to other viral infection, which caused fever and rash. It was a new disease in Taphanhin so the delayed diagnosis might occur. The outbreak could happen easily so the successful control was depended on the good cooperation between health sector and community members.

คำสำคัญ	Keywords
Zika virus infection	โรคติดเชื้อไวรัสซิกา
Outbreak	การระบาด
Tumbon Wanglum, Taphanhin district, Phichit	ตำบลวังหลุม, อำเภอตะพานหิน, พิจิตร

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเกิดจากเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus-ZIKV) ไวรัสที่มีสารพันธุกรรมชนิดอาร์เอ็นเอ สายเดี่ยว อยู่ในตระกูลฟลาวิไวรัส (flavivirus) มีลักษณะคล้ายคลึงกับไวรัสไข้เหลือง ไวรัสเดงกี ไวรัสเวสต์ไนล์ และไวรัสไข้สมองอักเสบเจอี มียุงลาย (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรค ถูกค้นพบครั้งแรกในป่าซิกาของประเทศยูกันดาเมื่อปี พ.ศ. 2490 โดยแยกได้จากน้ำเหลืองของลิงรีสัส (Rhesus) และ

แยกเชื้อได้จากคนในปี พ.ศ. 2511 (ค.ศ. 1968) ณ ประเทศไนจีเรีย พบการติดเชื้อในมนุษย์เป็นครั้งแรกที่ประเทศยูกันดาและสหสาธารณรัฐแทนซาเนีย การติดเชื้อยังคงเกิดขึ้นในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก อย่างไรก็ตาม ก่อนปี พ.ศ. 2550 มีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการยืนยันเพียง 14 รายเท่านั้น[1] ไวรัสซิกามีระยะฟักตัวในคน 4-7 วัน (สั้นสุด 3 วัน ยาวสุด 12 วัน) และในยุง 10 วัน จากนั้นผู้ติดเชื้อจะมีอาการ ไข้ ปวดศีรษะรุนแรง มีผื่นแดงแบบ maculopapular ที่บริเวณลำตัว แขนขา เยื่อบุตาอักเสบ ตาแดง ปวดข้ออ่อนเพลีย อาจจะมีอาการต่อมน้ำเหลืองโต และอุจจาระร่วง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2494-2535 มีข้อบ่งชี้ทางน้ำเหลืองวิทยาว่ามีการติดเชื้อไวรัสซิกาในประเทศกลุ่มแอฟริกา ได้แก่ ยูกันดา แทนซาเนีย อียิปต์ แอฟริกากลาง สาธารณรัฐเซียร์ราลีโอน และกาบอง ล่าสุดในปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) ได้รายงานการระบาดของไข้ซิกาในหมู่เกาะแยป[2] ประเทศไมโครนีเซีย ของหมู่เกาะแปซิฟิกใต้ ในส่วนของเอเชียมีรายงานพบเชื้อไวรัสซิกาในประเทศมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ไทย กัมพูชา และอินโดนีเซีย[3] ไวรัสซิกาสายพันธุ์เอเชียนี้ถือเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในทวีปอเมริกาในปัจจุบัน นอกจากนี้พบว่าไวรัสซิกาแต่ละสายพันธุ์นั้นมีความแตกต่างในระดับ nucleotides ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับไวรัสชนิดอื่น ๆ คือ น้อยกว่าร้อยละ 12 จึงถือเป็นคุณสมบัติที่สำคัญในการพัฒนาการวินิจฉัยทางอณูชีววิทยา รวมไปถึงการคิดค้นยารักษา และผลิตวัคซีนเพื่อต่อต้านไวรัสซิกาทุกสายพันธุ์[4]

ในประเทศไทยมีผู้รายงานว่าตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสซิกาในผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2506 (ค.ศ. 1963) และในเดือนพฤษภาคม 2556 มีรายงานผู้ป่วยหญิงนักท่องเที่ยวจากแคนาดา ซึ่งเดินทางมาประเทศไทย มีอาการป่วยระหว่างเดินทางกลับถึงประเทศแคนาดา ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ Zika virus ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557 พบการระบาดของไข้ออกผื่นที่ไม่ทราบสาเหตุ 4 เหตุการณ์ มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 47 ราย ทุกรายให้ผลลบด้วยวิธีการตรวจทางภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อหัด หัดเยอรมัน ชิคุนกุนยา และ ให้ผลลบด้วยวิธี PCR ต่อการติดเชื้อชิคุนกุนยาและเดงกี และเมื่อนำตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยทั้ง 47 ราย ส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการของ US CDC ณ Ft Collin Colorado พบ ว่า 7 รายมีผลตรวจยืนยันติดเชื้อ Zika virus[5]

อำเภอตะพานหิน วันที่ 22 มิถุนายน 2561 เวลา 20.30 น. ได้รับรายงานพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน วันที่ 23 มิถุนายน 2561 ทีม SRRT อำเภอตะพานหิน ออกสอบสวนการระบาด เพื่อเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 19 ตัวอย่าง ผลพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 10 ตัวอย่าง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน จึงเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุก สอบสวน ควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study) วัตถุประสงค์เพื่อ ยืนยันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตามบุคคล เวลา และสถานที่ สอบสวน ควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค และเสนอแนวทางในการกำหนดมาตรการ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

2. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยยืนยัน ตามแบบสอบสวนโรค

3. การค้นหาผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 วิธี

3.1 ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยค้นหาผู้ป่วยสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ (Patient under investigation: PUI) ในหมู่บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงานเดียวกัน หรือทำกิจกรรมในสถานที่เดียวกัน และสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อ และแพร่กระจายเชื้อ ในหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 7 ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน

3.2 การเฝ้าระวังเชิงรับ ประชากรกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยทั่วไปทารกที่มีศีรษะเล็ก และผู้ป่วยกลุ่มอาการ กิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre syndrome) และผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอักเสบอื่น ๆ ภายหลังการติดเชื้อ

โดยกำหนดนิยามดังนี้[5] ผู้ป่วยสงสัยหมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 7 ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ตั้งแต่วันที่ 23 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน2561 ที่ไม่ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจ หรือเก็บในเวลาที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับวันเริ่มป่วย ภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนหรือหลัง วันเริ่มป่วยของผู้ป่วยยืนยัน และอยู่ในหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน หรือที่บ้านเดียวกัน หรือทำกิจกรรมในสถานที่เดียวกันโดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ ที่สงสัย หมายถึง

1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่นและมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ

1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีไข้ และมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง หรือ

1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่น ที่อาศัย หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในหมู่ที่ 5 ตำบลวังหลุมและยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค (28 วัน นับจากวันที่พบผู้ป่วยยืนยันรายสุดท้าย)

2. ผู้ป่วยทั่วไป หมายถึง

2.1 ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอาการดังนี้

ก. มีผื่น และมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ

ข. ไข้ และมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง หรือ

ค. มีผื่น ที่อาศัยอยู่ หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในหมู่ที่ 5,7 ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน และยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค (28 วัน นับจากวันที่พบผู้ป่วยยืนยันรายสุดท้าย)

2.2 ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี

ก. ผู้ป่วยรายเดียวที่พบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ ไข้ ผื่น และตาแดง หรือ

ข. ผู้ป่วยกลุ่มก้อนตั้งแต่สองรายขึ้นไป ที่มีอาการ ดังนี้

1) มีผื่น ร่วมกับ อาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ

2) ไข้ ร่วมกับ อาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง

ค. มีผื่น ที่อาศัยอยู่ หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในหมู่ที่ 5 ตำบลวังหลุมและยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค (28 วัน นับจากวันที่พบผู้ป่วยยืนยันรายสุดท้าย)

3. ทารกที่มีศีรษะเล็ก หมายถึง ทารกที่คลอดมาไม่เกิน 1 เดือน และวัดรอบศีรษะแล้วมีค่าความยาวเส้นรอบวงต่ำกว่า 3 Percentile ของค่าปกติในเพศ และกลุ่มอายุครรภ์ของทารกนั้น โดยกุมารแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย และ/หรือ พบหินปูนจับในเนื้อสมอง

4. ผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillian-Barre syndrome:GBS) ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอักเสบอื่น ๆ ภายหลังการติดเชื้อ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาทหลาย ๆ เส้น พร้อมกัน จนก่อให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน ซึ่งในรายที่รุนแรง อาจถึงขั้นเป็นอัมพาต และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ที่มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 2 ข้าง อาจจะมีชาหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้อาจจะหายใจไม่ได้เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยในระบบเฝ้าระวังกลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน ตามโครงการกวาดล้างโรคโปลิโอนั้น ให้เพิ่มความเข้มแข็งของการเฝ้าระวัง หาเชื้อที่เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการดังกล่าว โดยพิจารณาตรวจหาเชื้อไวรัสซิกาเพิ่มเข้าไป

Confirmed case ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค หรือผู้ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกาในเลือด ปัสสาวะ หรือสารคัดหลั่งในร่างกาย โดยวิธี PCR สาหรับกรณีทารกที่มีศีรษะเล็กผิดปกติ ต้องตรวจพบภูมิคุ้มกันที่จาเพาะต่อชื้อไวรัสซิกา (ZIKV IgM) หรือมี seroconversion ของ zika virus IgG

Asymptomatic infection ผู้สัมผัสหรือหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่แสดงอาการป่วย หรือแสดงอาการเล็กน้อยแต่ยังไม่ครบตามเกณฑ์นิยามของผู้ป่วยยืนยันและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกาในเลือด หรือปัสสาวะ หรือสารคัดหลั่งในร่างกาย โดยวิธี PCR

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ เก็บปัสสาวะส่งตรวจหาสารพันธุกรรม ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ นครสวรรค์ และสภากาชาดไทย โดยวิธี PCR

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วยนอกแบบสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขารวกระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม – 24 มิถุนายน 2561 จากรหัส ICD 10 ดังนี้

A90	Dengue Fever	B05	Measles
B06	Rubella	B09	Viral exanthema
U06.9	Zika	R21	Maculopapular rash
Q02	Microcephaly		

ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ตามแบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา รวมทั้งสำรวจลูกน้ำยุงลายและวิเคราะห์ข้อมูลค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย เพื่อหาความสัมพันธ์กับการป่วยและจำนวนผู้ป่วย **วิเคราะห์**

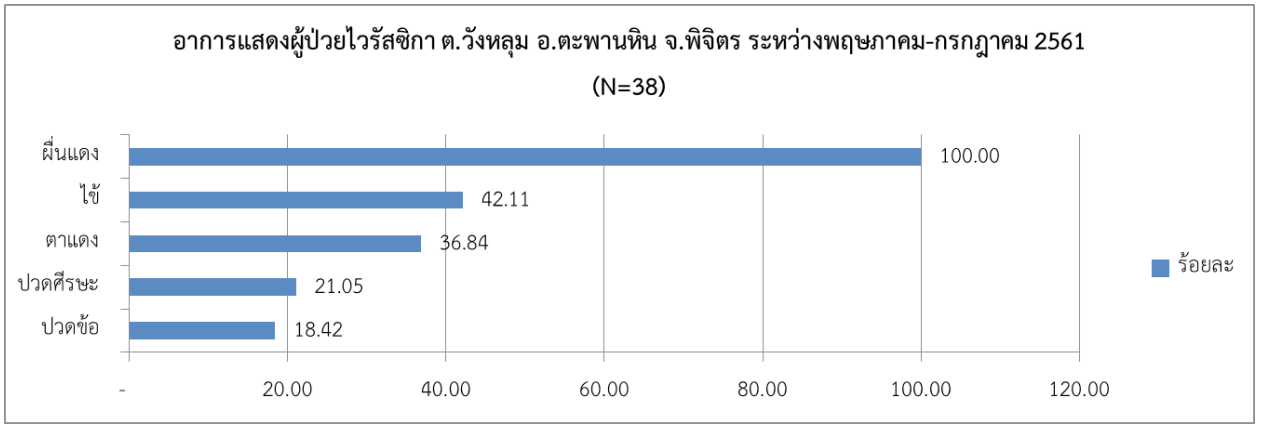
ข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล นำมาประมวลผลเพื่อหาค่าสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติพื้นฐานได้แก่จำนวน ร้อยละ และอัตราป่วย

ผลการศึกษา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

1.ข้อมูลทั่วไป จำนวนประชากรของ ตำบลวังหลุม ทั้งหมด 6,854 คน เพศชาย 3,349 คน เพศหญิง 3,505 คน ลักษณะภูมิประเทศ ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม สภาพดินปนทราย การเกษตรกรรมต้องอาศัยน้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ ไม่มีคลองชลประทาน ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ไม่อุดมสมบูรณ์ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพการเกษตร และรับจ้างทั่วไป การเกษตรเป็นอาชีพหลักและรับจ้างทั่วไปเป็นอาชีพเสริม รายได้ส่วนใหญ่จะได้มาจากการทำนาเพียงครั้งเดียว กลุ่มวัยแรงงานส่วนใหญ่จะไปรับจ้างทั่วไปต่างจังหวัด โดยจำแนกเป็นเกษตร ร้อยละ ๗๐ รับจ้าง ร้อยละ ๒๙ อื่น ๆร้อยละ ๑ การคมนาคม มีถนนสาย ตะพานหิน-เขาทรายผ่านตอนกลางของตำบล เส้นทางภายในเป็นถนนลาดยางและคอนกรีตเสริมเหล็ก ประชาชนส่วนใหญ่ใช้รถส่วนตัวในการเดินทางระหว่างหมู่บ้าน

2.ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยยืนยัน ตามแบบสอบสวนโรคพบผู้ป่วยในตำบลวังหลุมทั้งหมด 38 ราย มีอาการและอาการแสดงที่พบสูงสุดคือผื่นแดง 38 ราย (100%) ไข้ 16 ราย (42.11%) ตาแดง 14 ราย (36.84%) ปวดศีรษะ 8 ราย (21.05%) และปวดข้อ 7 ราย (18.42%) ตามลำดับ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แผนภูมิแสดงอาการแสดงของผู้ป่วยไวรัสซิกา ต.วังหลุม อ.ตะพานหิน จ.พิจิตร พฤษภาคม-กรกฎาคม 2561

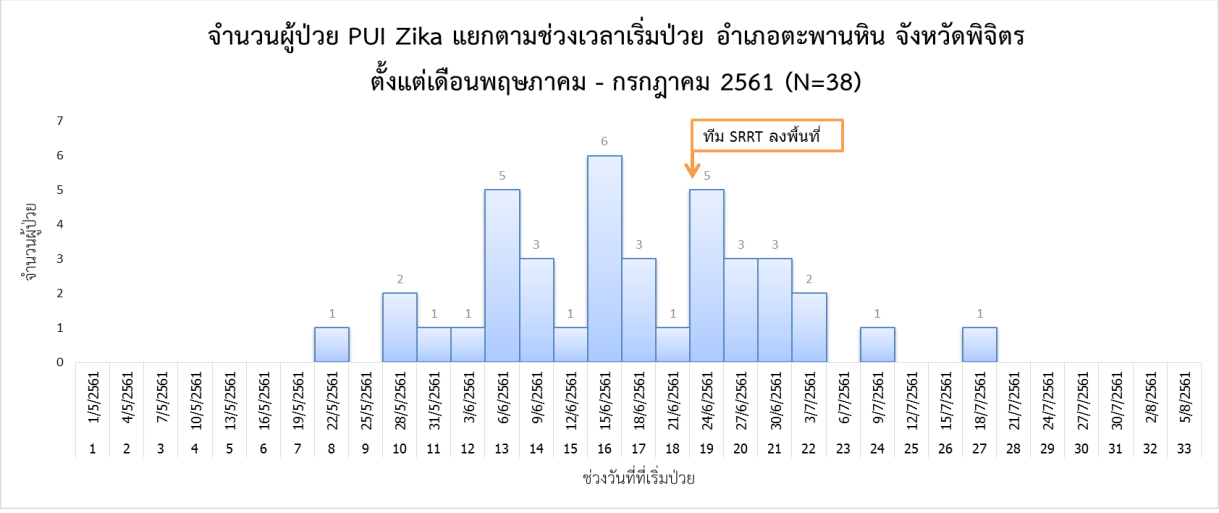
3. ผลการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

3.1 ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ PUI ทั้งหมู่บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงานเดียวกัน หรือทำกิจกรรมในสถานที่เดียวกัน และสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อ และแพร่กระจายเชื้อ ในหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 7 ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน ในช่วง 1 เดือน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยยืนยันรายแรก พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค จำนวน 28 ราย โดยเป็นผู้ป่วยจากหมู่ที่ 5ผู้ป่วยสงสัยรายแรก พบว่า เพศหญิง อายุ 25 ปี ในวันที่ 21 มิถุนายน 2561 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผื่นแดงบริเวณแขนและลำตัว อ่อนเพลีย เข้ารับการรักษาที่ รพ.ตะพานหิน ผู้ป่วยทำงานเป็นลูกจ้างที่แขวงทางหลวงชนบทพิจิตร ต.ฆะมัง อ.เมือง เดินทางไป-กลับทุกวัน หลังจากนั้นในวันที่ 2 กรกฎาคม 2561 พบผู้ป่วย หมู่ที 7 พบอีก 2 ราย ผู้ป่วยทั้งสองเป็นเพศชาย อายุ 18 ปี อยู่ที่หมู่ที่ 7 ตำบลวังหลุม เป็นนักศึกษาวิทยาลัยชุมชนพิจิตรวิทยาเขตทับคล้อ อ.ทับคล้อ โดยวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 เริ่มมีอาการผื่นแดงบริเวณแขน ขา ลำตัว ใบหน้า ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขารวก จากการซักประวัติทั้ง 2 คน มีประวัติการเดินทางมาเล่นกีฬาบริเวณลานวัดพระพุทธบาทเขารวก หมู่ที่ 5 ตำบลวังหลุม ตอนเย็นทุกวัน

3.2 การเฝ้าระวังเชิงรับ ประชากรกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ 2. ผู้ป่วยทั่วไป 3. ทารกที่มีศีรษะเล็ก 4. ผู้ป่วยกลุ่มอาการกิแลง- บาร์เร และผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอักเสบอื่น ๆ ภายหลังการติดเชื้อ จากการเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน – วันที่ 1 สิงหาคม 2561ไม่พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค

4. วิเคราะห์ข้อมูลตามบุคคล เวลา สถานที่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา พบว่า ตำบลวังหลุมพบผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 10 ราย อัตราป่วย 145.90 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยยืนยันหมู่ที่ 5 จำนวน 8 ราย หมู่ที่ 7 จำนวน 2 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1.5: 1 อาชีพที่พบส่วนใหญ่ คือ นักเรียน (50.00%) รองลงมาได้แก่ รับจ้าง (20.00%) แม่บ้าน (20.00%) ลูกจ้าง (10.00%) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเดินทางไปต่างจังหวัด

กลุ่มอายุที่พบป่วยมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 11-20 ปี (50.00%) รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 21-30 ปี (30.00%) 51-60 ปี และ 61-70 ปี (20.00%)



รูปที่ 3 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยไวรัสซิกา ต.วังหลุม ระหว่างพฤษภาคม–กรกฎาคม 2561

2.การศึกษาสิ่งแวดล้อม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน – 1 สิงหาคม 2561

ตารางที่ 1 แสดงค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของหมู่ที่ 5 ตำบลวังหลุม ระหว่างวันที่ 25มิถุนายน – 23 กรกฎาคม2561

		บ้านรัศมี 100 เมตร (N=24 หลังคาเรือน)		ทั้งหมู่บ้าน (N=333 หลังคาเรือน)	
วัน	วันที่	HI	CI	HI	CI
0	25 มิ.ย.2561	39.28 5.39	0.00 0.00		
3	28 มิ.ย.2561	20.00	1.51	20.17	3.21
5	30 มิ.ย.2561	8.00	0.86	10.08	1.98
7	2 ก.ค.2561	0.00	0.00	6.44	3.86
14	9 ก.ค.2561	0.00	0.00	6.42	0.62
21	16 ก.ค.2561	0.00	0.00	3.36	0.96
28	23 ก.ค.2561	0.00	0.00	0.84	0.30

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของหมู่ที่ 7 ตำบลวังหลุม ระหว่างวันที่ 25มิถุนายน – 23 กรกฎาคม2561

		บ้านรัศมี 100 เมตร (N=26 หลังคาเรือน)		ทั้งหมู่บ้าน (N=213 หลังคาเรือน)	
วัน	วันที่	HI	CI	HI	CI
0	4 ก.ค.2561	40.00	5.09	0.00	0.00
3	7 ก.ค.2561	12.50	1.42	18.92	3.04
5	9 ก.ค.2561	11.11	1.44	15.62	2.67
7	11 ก.ค.2561	0.00	0.00	9.95	1.50
14	18 ก.ค.2561	0.00	0.00	2.53	1.40
21	25 ก.ค.2561	0.00	0.00	4.51	1.11
28	1 ส.ค.2561	0.00	0.00	1.42	0.15

ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และมีหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อีก 18 ราย ได้เก็บปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหาสารพันธุกรรมไวรัสซิกา ด้วยวิธี PCR 2 ครั้ง ผลการตรวจ ดังตาราง 3 และ 4

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ครั้งที่ 1

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนที่ส่ง	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ ศูนย์วิทย์ฯ เขต 3
ผู้ป่วยสงสัย	14	26-มิ.ย.-2561	พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา 8 ราย
หญิงตั้งครรภ์	14	26-มิ.ย.-2561	ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา
หญิงตั้งครรภ์	1	10-ก.ค.-2561	ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ครั้งที่ 2

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนที่ส่ง	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ ศูนย์วิทย์ฯ เขต 3
ผู้ป่วยสงสัย	2	2-ก.ค.-2561	พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา 2 ราย
หญิงตั้งครรภ์	12	10-ก.ค.-2561	ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา
หญิงตั้งครรภ์	1	16-ก.ค.-2561	ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา
หญิงตั้งครรภ์	1	1-ส.ค.-2561	ไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา

จากผลการตรวจปัสสาวะผู้ป่วยสงสัยทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี PCR การตรวจครั้งที่ 1 เก็บตัวอย่างวันที่ 26 มิถุนายน 2561 พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา จำนวน 8 ราย ผลการตรวจครั้งที่ 2 เก็บตัวอย่างเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2561 ผลการตรวจพบสารพันธุกรรมไวรัสซิกา 2 ราย ผลการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี PCR เพื่อหาสารพันธุกรรมไวรัสซิกา เก็บตัวอย่างครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2561 และ 10 กรกฎาคม 2561 เก็บตัวอย่างครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 10กรกฎาคม2561, 16 กรกฎาคม 2561 และ 1 สิงหาคม 2561 ผลการตรวจไม่พบสารพันธุกรรมไวรัสซิกาจากทั้งสองครั้ง

มาตรการการป้องกันควบคุมโรค

มาตรการที่ดำเนินการในพื้นที่เกิดโรค

1. เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) โดยมีประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตานหินเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ คนที่ 1 และรองประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตะพานหิน เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์คนที่ 2 โดยเชิญนายกองค์การบริหารตำบลวังหลุม และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นคณะทำงานด้วย

2. มาตรการ 3-3-1, 7, 14 21 28 คือ แจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขารวก ภายใน 3 ชั่วโมงเมื่อพบผู้ป่วย สอบสวนโรคและกำจัดลูกน้ำรอบบ้านผู้ป่วย รัศมี 100 เมตร ภายใน 3 ชั่วโมง พ่นสารเคมีกำจัดยุงโดยใช้เครื่องพ่นสารเคมีประเภท ULV แบบสะพายไหล่ รัศมี 100 เมตร ภายใน 1 วัน และควบคุมดัชนีลูกน้ำยุงลายเป็น 0 ภายใน 7 วัน พ่นสารเคมี ในรัศมี 100 เมตรจากบ้านผู้ป่วย แล้วเสร็จภายใน 1 วัน และพ่นซ้ำในวันที่ 3 และ 7 โดยพ่นทั้งหมู่บ้านในหมู่ที่ 5,6,7,8 ตำบลวังหลุมในวัด โรงเรียน

3. ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เชิงรับ ตามนิยาม และการเฝ้าระวังโรค

4. สำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านทุกหลังของหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 7 ในวัด เน้นมาตรการ 3 เก็บ

5. ประเมินลูกน้ำยุงลายระดับหมู่บ้าน เมื่อครบ 7 วันหลังพบผู้ป่วยรายแรก ค่า HI CI ในรัศมี 100 เมตรเป็นศูนย์ และ HI CI ทั้งหมู่บ้านไม่เกินร้อยละ 5

6. ให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกา

7. ทำ big cleaning day พร้อมกันทั้งอำเภอ

8. ประสาน และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เคมีภัณฑ์ ให้กับพื้นที่ เช่น ทรายทีมีฟอส น้ำยาพ่นยุง ยาทากันยุง กระปุกใส่ปัสสาวะ tube EDTA

9. เฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ โดยทีม SAT ระดับอำเภอ จนครบระยะเฝ้าระวัง ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2561และไม่พบผู้ป่วยรายใหม่

สรุปผลการสอบสวนโรค

การระบาดครั้งนี้โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พบการระบาดตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2561 พบผู้ป่วยยืนยันอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 7 จำนวน 10 ราย ผู้ป่วย PUI จำนวน 38 ราย จากการสอบสวนโรคสันนิษฐานว่าน่าจะเกิดการติดเชื้อภายในชุมชนเนื่องจากมีฝนตกตลอดและมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่สูงจึงทำให้เกิดการระบาด

วิจารณ์

การสอบสวนการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา หมู่ที่ 5 และ หมู่ที่ 7 ต.วังหลุม อ.ตะพานหิน จ.พิจิตร ระหว่างวันที่ 22 พฤษภาคม – 18 กรกฎาคม 2561 นั้น พบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงแต่ในน้ำดื่ม แต่จะพบน้อยในน้ำใช้ จากประวัติการระบาดของโรค พบว่าเป็นพื้นที่เคยเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกามาก่อนเมื่อปี 2560 นอกจากนี้ ยังพบผู้พิการทางสมองอายุ 42 ปี มีลักษณะศีรษะเล็กพื้นที่ ม.5 ต.วังหลุม และปี 2555 เคยพบผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 36 ปี มาด้วยอาการผื่นแดงทั่วร่างกาย แต่แพทย์สงสัยโรคหัด และได้เจาะเลือดส่งตรวจ Measle IgM ให้ผลลบ จึงทำให้สันนิฐานว่า การระบาดครั้งนี้อาจเกิดจากการรับเชื้อไวรัสซิกาจากไข่ยุงลายที่มาพร้อมกับน้ำดื่มโดยบังเอิญจากพื้นที่เคยเกิดการระบาดเมื่อปีก่อน หรืออาจจะเป็นเชื้อจากยุงในพื้นที่เองที่แอบแฝงอยู่มาเป็นระยะเวลานานในพื้นที่ ลักษณะการเกิดโรคคล้ายคลึงกับการระบาดของโรคไวรัสซิกาในพื้นที่ ต.บึงนาราง อ.บึงนาราง และ ต.เขาทราย ต.ท้ายทุ่ง ต.เขาเจ็ดลูก อ.ทับคล้อ จ.พิจิตร ในปี 2560 ซึ่งเกิดการระบาดจำนวนมาก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นโรคที่มีอาการไม่รุนแรง ประชาชนที่ป่วยหรือมีอาการจึงไม่ค่อยไปพบแพทย์ ทำให้การสอบสวน ควบคุมโรคค่อนข้างล่าช้า การพบผู้ป่วยรายนี้เกิดจากการสอบสวน ควบคุมโรคของทีม SRRT อำเภอข้างเคียง ไปพบผู้ป่วยในพื้นที่ในขณะที่ผู้ป่วยหายจากอาการป่วยแล้ว โดยมีความคดว่าอาการผื่นแดง และอาการตาแดงที่เกิดขึ้น น่าจะเกิดจากการแพ้ละออง หรือแพ้อากาศ ส่วนอาการปวดข้อ เกิดจากการทำงานหนัก จึงมีอาการปวดตามข้อข้อบวมแดง จนเป็นนิยามคำพูด “เป็นซิกา กินพาราก็หาย” การระบาดครั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การเดินทางเข้า-ออก ในพื้นที่หมู่ที่ 5 ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหินซึ่งเป็นพื้นที่ที่กำลังเกิดการระบาดของโรค ในขณะนั้น จึงอาจได้รับเชื้อไวรัสซิกา มาจากผู้ป่วยในพื้นที่ดังกล่าว ประกอบกับการมีฝนตกตลอด ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่สูง จึงอาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นโรคใหม่ในอำเภอตะพานหิน เจ้าหน้าที่และประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักเพียงแต่ได้ยินชื่อโรค จึงควรเน้นประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ทราบ เพื่อเกิดการตื่นตัวในการเฝ้าระวัง และดูแลตนเอง ร่วมกับการป้องกัน ดูแลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ เนื่องจากเป็นโรคที่มีอาการไม่รุนแรงประชาชนจึงไม่ค่อยไปพบแพทย์ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ ดัง

นั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกสถานบริการจึงควรให้ความรู้แก่ประชาชนบ่อย ๆ แจ้งให้ประชาชนทราบถึงอันตรายหรือผลกระทบที่จะเกิดกับเด็กทารกหากแม่ได้รับเชื้อขณะตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลวังหลุมอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ที่อำนวยการและสนับสนุนการพ่นสารเคมีกำจัดยุง จนครบกำหนดการเฝ้าระวังโรคในครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมสอบสวนโรคจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการและอำนวยการการส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการขอบคุณทีมสอบสวนควบคุมโรคจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ และสนับสนุนสารเคมีกำจัดยุง และลูกน้ำยุงลายขอบคุณศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ในการตรวจวิเคราะห์หาสารพันธุกรรมไวรัสซิกา

เอกสารอ้างอิง

1.โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และการป้องกันยุงกัดในหญิงตั้งครรภ์ [ออนไลน์].2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก :http://www.si.mahidol.ac.th/th/division/shtc/Insect%20Repellant%20Zika%2027092016.pdf.

2. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. ไข้ซิกา (Zika Fever) [ออนไลน์].2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2560].เข้าถึงได้จาก : http://nih.dmsc.moph.go.th/login/showimgpic.php?id=34

3. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ.ระบาดบันลือโลก เล่ม 30 ฟลาวิไวรัส-ไข้ซิกา.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์อักษรสมัย(1999);2559.

4. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่.คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2559.กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์;2559.

5. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Surveillance, Investigation and control of Zika virus infection) [ออนไลน์].2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : --พยhttp://www.lamphunhealth.go.th/web_ssj/webmanager/uploads/2016-12-27073023แนวทางการดำเนินงานZika%20(BOE%20update%20พ.ย.59).pdf

6. ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ฉบับเดือนมกราคม 2560-ธันวาคม 2562 [ออนไลน์].2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : http://www.bmadcd.go.th/Website%20bmadcd/home/documents/โรคซิกา/ยุทธศาสตร์Zika_แนบ%201.pdf

7. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ เรื่องการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤติ.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2559.

8. นวลปราง ประทุมศรี, ปทุมมาลย์ ศิลาพร.การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย, กันยายน-ธันวาคม 2559. [ออนไลน์].2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก : --(file:///C:/Users/Smartz/Downloads/34191-46045-1-PB%20(3).pdf

9.หทัยกาญจน์ บุณยะรัตเวช, นันทวัน คำนึงกิจ, นิภา ปานเสน่ห์,ศิริมา ธนานันท์. การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร เดือนกันยายน 2559. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์.2561; 49: 513-9.