

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute



ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

Vol. 16 No. 2 May – August 2022

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

วารสารสถาบันบำราศนราดูร เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดย สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์:	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อ และประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเป็นการจัดการความรู้ และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้	
คณะที่ปรึกษา:	นายแพทย์กิตติพงศ์ สัตยชาติวิรุฬห์ แพทย์หญิงศรัณยา ประสิทธิ์ศิริกุล นางสุทธิพร เทรฐยา นายแพทย์วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ สถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
บรรณาธิการ:	แพทย์หญิงวรรณรัตน์ พงษ์พิรุฬห์	สถาบันบำราศนราดูร
รองบรรณาธิการ:	นางสาวนิอร อริโยทัย	สถาบันบำราศนราดูร
กองบรรณาธิการ:	ศ.เกียรติคุณพ.อ.ธีระ รามสูต รศ.ดร.สุคนธา คงศิลป์ ผศ.ดร.นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ ผศ.ดร.ทรงพล ต่อณี ผศ.ดร.มนพร ขาติขันธ์ ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนุнам ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์ นายแพทย์เจตสรร นามวาท ดร.นพ.สุทัศน์ โชตนะพันธ์ ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร นางวารภรณ์ เทียนทอง ดร.ปิยะวดี สุมาลัย	มูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จ.นนทบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กองป้องกันการบาดเจ็บ กองนวัตกรรมการและวิจัย กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร สถาบันบำราศนราดูร
ผู้จัดการ:	นางสาวมณฑิรา ท้าวเชื่อน	
ฝ่ายจัดการ:	นางสาวจันทรภรณ์ สุขเรือน	
สำนักงานวารสาร:	สถาบันบำราศนราดูร 38 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 5 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0 2590 3483, E-Mail: bidijournal@gmail.com	
กำหนดออก:	ปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่1: มกราคม-เมษายน, ฉบับที่2: พฤษภาคม-สิงหาคม, ฉบับที่3: กันยายน-ธันวาคม)	
เผยแพร่:	เว็บไซต์ ThaiJo https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index เว็บไซต์สถาบันบำราศนราดูร http://bamras.ddc.moph.go.th/index.php	

JOURNAL of BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE

**Official Publication of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand**

Objective:	1. To distribute new knowledge and researches. Conducted by health Professional in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute and Ministry of Public Health. 2. Media for knowledge charring among public health personnel 3. Media for knowledge management and knowledge based organization	
Advisors:	Kittipong Sanchartwiroon, M.D.	Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Saranya Prasithsirikul, M.D.	Deputy Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Suttiporn Teruya, B.N.S.	Deputy Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Wisit Prasithsirikul, M.D.	Senior Expert, Department of Disease Control
Editor:	Wannarat Pongpirul, M.D.	Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Deputy editor:	Niorn Ariyothai, B.N.S, B.A, M.Sc. (Infectious Disease)	Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Editorial Board:	Prof.Teera Ramasoota, M.D., M.P.H., M.P.A.	Rajapracha Samasai Foundation, Raj Pracha Samasai Institute
	Assoc.Prof.Dr.Sukhontha Kongsin, Ph.D.	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Asst.Prof. Krit Pongpirul, M.D., Ph.D	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
	Asst.prof. Songpol Tornee, Ph.D.(Tropical Medicine)	Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University
	Asst.prof. Manaporn Chatchumni, Ph.D.(Care Sciences)	Faculty of Nursing, Rangsit University
	Dr.Yupawan Thongtanunam, Ph.D.(Health Promotion)	Boromarajonane College of Nursing Changwat Nonthaburi
	Dr.Vallerut Pobkeeree Dr.P.H.	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Weerawat Manosuthi, M.D.	Senior Expert, Department of Disease Control
	Visal Moolasart,	M.D. Senior Expert, Department of Disease Control
	Chawetsan Namwat, M.D	Division of Epidemiology, Department of Disease Control
	Suthat Chottanapund, M.D., Ph.D.	Director, Institute of Preventive Medicine, Department of Disease Control
	Naiyana Praditsitthikorn, Ph.D.(Pharmacy Administration)	Division of Innovation and Research, Department of Disease Control
	Varaporn Thientong, M.N.S.	Bureau of Diseases Preveulion and control Antimicrobial Resistance, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Piyawadee Sumalai,M.N.S.Ph.D.	Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Manager:	Monthira Thaokhuan, B.A. (Information Science)	
Management Department:	Jantarakran Sookrean, B.A. (Library Science)	
Editor Office:	Journal office, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 38 Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000, 5th floor of Chalermprakiat Building Floor. Tel. 0 2590 3483, E-Mail: bidijournal@gmail.com	
Frequency:	3 issues per year (January–April, May–August, September–December)	
Published on:	https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index http://bamras.ddc.moph.go.th/th/index.php	

วัตถุประสงค์และขอบเขตเนื้อหา

วารสารสถาบันบำราศนราดูร มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ ระบาดวิทยา การสอบสวนโรค อนามัยสิ่งแวดล้อม การแพทย์ การพยาบาล การพัฒนาคุณภาพงาน การตรวจพิเศษ และห้องปฏิบัติการยุทธศาสตร์และนโยบายทางสาธารณสุข การประเมินผลโครงการ การพัฒนาประเมินหลักสูตร เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบบทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วย กรณีศึกษา รายงานผลการวิจัย ผลการปฏิบัติงาน นวัตกรรมใหม่ การทบทวนวรรณกรรม สารานุกรมหรือการแปลเอกสารวารสารที่สามารถนำมาเป็นแนวทางหรือความรู้แก่ผู้อ่าน เช่น ผลการวิจัยใหม่ ๆ ที่พบในวารสารต่างประเทศ

วารสารฯ มีกำหนดออกปี ละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ งานวารสารสถาบันบำราศนราดูร ช.ติวานนท์14 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร 0 2590 3645, E-mail: bidijournal@gmail.com

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น โดยเฉพาะความถูกต้อง ของเอกสารอ้างอิงตามระบบ Vancouver
3. ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/ 1 เรื่อง โดยผู้พิมพ์จะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
4. ผู้พิมพ์ต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
5. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบผลการพิจารณา กรณีที่ต้องแก้ไขก่อนเผยแพร่ควรตรวจสอบและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้พิมพ์ส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
6. ส่ง file ต้นฉบับได้ทางระบบออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index>

มาตรฐานทางจริยธรรม

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์บทความ ควรขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารสถาบันบำราศนราดูร และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่นต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้พิมพ์บทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้นๆ

2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ สมควรตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสถาบันบำราศนราดูรหรือไม่

3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและ ผู้นิพนธ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์

4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประโยชน์ของผู้ประเมินบทความ

รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้นิพนธ์

6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงเวลาของการประเมินบทความ

7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของวารสารสถาบันบำราศนราดูรอย่างเคร่งครัด

8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารสถาบันบำราศนราดูร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ และมีความทันสมัยเสมอ

9. ทำการชี้แจงการแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขอภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารสถาบันบำราศนราดูรแล้ว

2. ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)

3. คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ

4. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

5. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมา

นำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง

6. ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)

7. ในบทความ ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่เป็นผู้ประสงคค์จะขอบคุณเสียก่อน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้ใด ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือกระบวนการวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสถาบันบาราศนราดรุ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันบาราศนราดรุ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจึงต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

นโยบายความเป็นส่วนตัว

ชื่อและที่อยู่อีเมลที่ระบุในวารสารสถาบันบาราศนราดรุ จะถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในวารสารเท่านั้นและจะไม่ถูกนำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่น หรือต่อบุคคลอื่นใด

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. การเตรียมต้นฉบับ

1.1 บทความวิจัย (Original Article)

❖ **รูปแบบและขนาดตัวอักษร** ใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK 16 ระยะห่าง 1 บรรทัด ภาษาอังกฤษใช้ระยะห่าง 1.5 บรรทัด ส่วนชื่อเรื่องและหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา และเพิ่มขนาดตามความเหมาะสม

❖ **พิมพ์บนกระดาษขนาด A4** พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้วทั้ง 4 ด้าน พิมพ์หน้าเดียวเป็นภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ

❖ **ความยาวไม่เกิน 12 หน้า** ประกอบด้วย บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล เอกสารอ้างอิง ตามลำดับ (ถ้ามีภาพประกอบให้เขียนชื่อได้รูปกำกับด้วย) รายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้พิมพ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ด้วยอวุฒการศึกษา และหน่วยงาน/สถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วและมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง รวมทั้งคำสำคัญ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 350 คำ

วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย กล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอ

หลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ ตาราง(ถ้ามี) ให้ใส่ชื่อตาราง เนื้อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมได้ ตาราง แผนภูมิ/รูปภาพ(ถ้ามี) ให้ใส่ชื่อได้ แผนภูมิ/รูปภาพ

อภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงทุกเรื่องจากตัวจริงหรือสำเนาตัวจริง

2) เขียนระบบ Vancouver โดยใช้ตัวเลข พิมพ์ยก เรียงลำดับตามการอ้างใน เรื่อง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม 3) หากเป็นเรื่องที่มีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 6 ชื่อแรกและตามด้วย “และคณะ”

4) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสาร ภาษา อังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิง ไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมา เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ครบตามหลักเกณฑ์

1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เหมือนกับ 1.1 บทความวิจัย (Original Article)

1.3 บทความวิชาการ (Academic Article)

❖ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็น

บทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ หรือการรายงานประวัติศาสตร์โรคและภัยสุขภาพ ความสำเร็จของการดำเนินงานในอดีต

❖ รูปแบบ ขนาดตัวอักษร ลักษณะการพิมพ์และเอกสารอ้างอิงใช้แบบเดียวกับบทความวิจัย/รายงานผู้ป่วย

❖ ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ประกอบด้วย บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และ เอกสารอ้างอิง ตามลำดับ (ถ้ามีภาพประกอบให้เขียนชื่อได้รูปกำกับด้วย) รายละเอียดใช้แบบเดียวกับบทความวิจัย/รายงานผู้ป่วย

2. การส่งต้นฉบับ

2.1 ส่ง Electronics File บทความ/ผลงานวิชาการ พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord ที่ E-mail: bidijournal@gmail.com

2.2 พร้อมแนบแบบนำเสนอบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ฯ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ bamras.ddc.moph.go.th/

ส่งมาที่งานวารสารสถาบันบำราศนราดูร หรือที่ E-mail: bidijournal@gmail.com

3. การรับเรื่องต้นฉบับ และการเผยแพร่

3.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่าน ร่วมพิจารณา

3.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาเผยแพร่ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

3.3 เรื่องที่พิจารณาจะลงเผยแพร่แทนการตีพิมพ์ สามารถดาวน์โหลดต้นฉบับจากเว็บไซต์ของสถาบันฯ ทั้งนี้ของการตีพิมพ์เป็นรูปเล่มวารสาร ตั้งแต่ปีที่ 12 (พศ. 2561) เป็นต้นไป

4. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

4.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร(volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1) Sermrittirong S, Van Brakel WH. Stigma in leprosy: concept, causes and determinants. Lepr Rev 2014; 85(1): 36-47.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็ม

ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2) ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อรังและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. วารสารควบคุมโรค 2560; 43(3): 329-41.

4.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

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

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

2) ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หาริณสูตร, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงสม; 2533. หน้า 115-20.

4.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

ตัวอย่าง

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

4.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อ บรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO

92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

4.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พนธ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

1) เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.

4.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

2) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out of pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmf.org/usr_doc/Merlis_risingoopsending_887.pdf

3) ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.northphc.org>



สารบัญ

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ / Original Article

- | | | |
|---|--|-----------|
| <p>❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง
Correlation between Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Chronic Kidney Disease</p> | <p>ชฎารัตน์ เกื้อสุข
ศิริรัตน์ ปานอุทัย
เดชา ทำดี
Chadarat Kueasuk
Sirirat Panuthai
Decha Tamdee</p> | <p>1</p> |
| <p>❖ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ
Factors Related to Infectious Disease Surveillance of Prisoner Health Volunteers</p> | <p>ปรมดี ศักดิ์แสน
วิลาวณีย์ เตือนราชกูร์
ศิพร อึ้งวัฒนา
Porramat Saksaen
Wilawan Tuanrat
Sivaporn Aungwattana</p> | <p>13</p> |
| <p>❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค
Association between Medication Literacy and Medication Adherence among Older Persons with Multimorbidity</p> | <p>จิราพรรณ ไมเรส
ศิริรัตน์ ปานอุทัย
ณัฐธยาน์ สุวรรคฤหาสน์
Jirapun Mairesse
Sirirat Panuthai
Nattaya Suwankruhasn</p> | <p>25</p> |
| <p>❖ พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดโควิด 19 อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
Safety Behavior in Respiratory Tract Infection Prevention of Healthcare Workers during the Epidemic of COVID-19 at Potharam district, Ratchaburi province</p> | <p>นัตยา ปริกัมศีล
นงลักษณ์ บรรณพตสุวรรณ
จรินทร์ พวกยะ
เบญจวรรณ ชีวะะพันธ์
Nattaya Parikumsil
Nongluck Bunpotsuwan
Jarin Puakya
Benjawan Cheewayapun</p> | <p>37</p> |



สารบัญ

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ / Original Article

- | | | |
|---|--|----|
| ❖ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
Health Literacy and Self-management Among Older Persons
with Chronic Obstructive Pulmonary Disease | สุพัตรา ใจแก้ว
ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์
เดชา ทำดี
Supattra Jaikew
Nattaya Suwankruhasn
Decha Tamdee | 48 |
| ❖ ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สถาบัน
บำราศนราดูร
Effect of caring multidrug-resistant bacteria in Bamrasnaradura
Infectious Disease Institute | สมถวิล อัมพรอารีกุล
สมรักษ์ ศิริเชตรกรณ์
Somtavil Ampomareekul
Somrak Sirikhetkon | 60 |

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

ชฎารัตน์ เกื้อสุข พย.ม.^{*1}

ศิริรัตน์ ปานอุทัย พย.ด.²

เดชา ทำดี วท.ด.³

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง อำเภอสарภัก จังหวัดเชียงใหม่

^{2,3} คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในระยะเริ่มต้นเป็นการช่วยชะลอไม่ให้เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอสารภัก จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการจัดการตนเอง ($r = 0.67, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 3 มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมผ่านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

Correlation between Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Chronic Kidney Disease

Chadarat Kueasuk M.N.S.^{*1}

Sirirat Panuthai Ph.D.²

Decha Tamdee Ph.D.³

¹*Tha Kwang Health Promoting Hospital*

^{2,3}*Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

ABSTRACT

Self-management among older persons with chronic kidney disease in early stages can prevent the progression into end-stage kidney disease. The objective of this descriptive correlational research was to study health literacy and self-management and examine the correlation between health literacy and self-management in older persons with chronic kidney disease. The sample of the study consisted of 88 patients diagnosed with chronic kidney disease between stage 1 and stage 3 who resided in Saraphi District, Chiang Mai. Data collection took place between January and February 2020. The research instruments were comprised of demography and medical data questionnaire, health literacy questionnaire, and self-management behavior questionnaire in older persons with chronic kidney disease. Data analysis was performed by descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results showed a high level of health literacy and self-management among older persons with chronic kidney disease. Health literacy was found to have a moderate level of statistical significant positive relationship with self-management ($r=.67, p < .001$).

The results of this research can serve as fundamental knowledge for public health personnel in promoting self-management in older persons with stage 1–3 chronic kidney disease through health literacy enhancement.

Key word: *health literacy, self-management behavior, Older Persons with chronic kidney disease.*

*Corresponding Author: Chadarat Kueasuk

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุ จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มสูงถึงร้อยละ 39.4 ในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป¹ สำหรับประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังของประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามการวินิจฉัยโรคต่อแสนประชากร ในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2560 พบว่ามีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นเป็น 4,130.35, 4,849.77, 5,152.44 และ 5,188.64 ตามลำดับ² ซึ่งในช่วงอายุดังกล่าวจะพบอัตราป่วยสูงเป็นอันดับสามของประเทศจากข้อมูลข้างต้นจะพบว่ากลุ่มประชากรสูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นภาวะที่การทำงานของหน่วยไตลดลงและสูญเสียหน้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานกว่า 3 เดือนจนไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ โดยที่หน่วยไตจะสูญเสียหน้าที่ลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการกรองของเสียลดลง หน่วยไตที่เหลือไม่สามารถทำงานชดเชยส่วนที่เสียไปได้ ระยะเวลารุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ โดยใช้เกณฑ์อัตราการกรองของไตคือ ระยะที่ 1 อัตราการกรองของไตมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ระยะที่ 2 อัตราการกรองของไตช่วง 60 ถึง 89 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ระยะที่ 3 จะแบ่งออกเป็นอีก 2 ระยะย่อยคือ 3A และ 3B ตามค่าอัตราการกรองของไตโดย 3A อัตราการกรองของไตช่วง 45 ถึง 59 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ส่วน 3B อัตราการกรองของไตช่วง 30 ถึง 44 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ระยะที่ 4 อัตราการกรองของไตช่วง 15 ถึง 29 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และระยะที่ 5 หรือระยะสุดท้าย อัตราการกรองของไต น้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม.³ ซึ่งในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 หน้าที่การทำงานของไตลดลงเหลือร้อยละ 40 - 70 ไตยังสามารถควบคุมกรดต่างในร่างกายและขับสารพิษออกจากร่างกายได้ ดังนั้นการชะลอการเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อลดผลกระทบจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษา โดยการชะลอความเสื่อม

ของของไต ซึ่งผู้สูงอายุควรต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิต⁴ เนื่องจากระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง และปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ส่งผลให้การทำงานของไตลดลง โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยชะลอการดำเนินของโรค ส่วนปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการชะลอความเสื่อมของโรคไตวายเรื้อรังคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁵ โดยให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันน้อยกว่าร้อยละ 7 นอกจากนี้การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง⁶ เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การหลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาแก้ปวดหรือยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ การงดหรือลดการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น โดยการที่จะควบคุมสาเหตุหรือปัจจัยเหล่านี้จะต้องอาศัยการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับโรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดการตนเอง (self-management) ตามแนวคิดของ Kate R Lorig และ Halsted Holman⁷ เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อควบคุมโรค โดยจะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยคำแนะนำ และความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพ การที่ผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมจะต้องมีการจัดการตนเอง 3 ด้าน⁷ ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาตรงตามเวลา การเลือกรับประทานอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการด้านบทบาท (role management) เป็นการปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การให้ความร่วมมือในการรักษา การจัดการเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย โดยให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นการจัดการเพื่อลดผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วย ประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) เป็นทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา

การแสวงหาหนทางในการแก้ไขปัญหา การดำเนินการแก้ไข ปัญหาตามแนวทางที่เลือก และการประเมินผล 2) ทักษะ การตัดสินใจ (decision making skills) เป็นการตัดสินใจ ในแต่ละวันเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค โดยต้องมีความรู้และข้อมูลที่เพียงพอเพื่อส่งเสริมให้เกิด การตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม 3) ทักษะการแสวงหา และการใช้แหล่งทรัพยากร (find and utilize resources) เป็นการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ และใช้แหล่งประโยชน์ เพื่อช่วยให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ 4) ทักษะการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้ป่วย (health care provider partnership) เป็นการมี ส่วนร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของ ตนเอง ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสำหรับ การรักษาที่อยู่ภายใต้การให้คำแนะนำของบุคลากรทาง ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีทักษะการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ 5) ทักษะการพัฒนาแผนการปฏิบัติ และ การปฏิบัติตามแผน (taking action) เป็นทักษะการตั้งเป้าหมาย การกำหนดแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยความมั่นใจ ในการปฏิบัติ หรือการมีสมรรถนะแห่งตนในทักษะการเปลี่ยน พฤติกรรม และ 6) ทักษะการปรับแผนการปฏิบัติให้สอดคล้อง กับบริบทของตนเอง (self-tailoring) การที่ผู้สูงอายุโรคไตวาย เรื้อรังจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย⁸ เช่น อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการจัดการ ตนเองพบว่าปัจจัยที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการจัดการ ตนเองคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(health literacy)⁹ ซึ่งเป็นทักษะส่วนบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจเนื้อหา ของข้อมูล และคัดเลือกข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เพื่อประกอบ การตัดสินใจในการปรับพฤติกรรมจัดการตนเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Don Nutbeam¹⁰ เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทาง สังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละ บุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เกิดความเข้าใจ และ การใช้ข้อมูลนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี โดยความรอบรู้ ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้

ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy หรือ basic health literacy) เป็นทักษะในการอ่านและ การเขียนเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy หรือ communicative health literacy) เป็นทักษะทางสติปัญญาขั้นสูง และทักษะทางสังคมที่จะ ช่วยให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การสกัดข้อมูล และการให้ความหมายจากการสื่อสารหลายรูปแบบ และ การใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางสติปัญญา และทักษะทาง สังคมขั้นสูงในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อ ควบคุมเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต และวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ สำหรับการปฏิบัติ และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่าง มีวิจารณ์ญาณ และมีส่วนร่วมในการผลักดันสังคมเพื่อส่งเสริม การมีสุขภาพที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความ สัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการ ตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังทั้งภายใน ประเทศและต่างประเทศ โดยจากการศึกษาของ Yu-Chi Chen และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษาบทบาทของแรงสนับสนุนทาง สังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของประเทศไต้หวัน จำนวน 410 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .33, p < .001$) ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ สุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจไม่สามารถใช้อธิบาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ได้ เนื่องจากการจัดการตนเองมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงมี ความจำเป็นที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและ การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่สามารถชะลอการเสื่อมของไต ได้ดี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

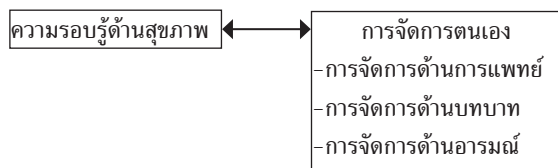
ในผู้สูงอายุเพื่อให้การจัดการตนเองที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคไตวายเรื้อรัง เป็นโรคที่ไตจะถูกทำลายเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของไตลดลงเรื่อยๆ และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้อีกทั้งยังต้องรับการรักษาตลอดชีวิต โดยการรักษาจะช่วยเพียงแค่ประคับประคองไตที่เหลืออยู่ให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางการชะลอความเสื่อมของไตที่เหลือ โดยเน้นระยะที่ 1 - 3 เนื่องจากเป็นระยะที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ดี ลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งด้านภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางด้านดูแลรักษา รวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะสามารถชะลอความเสื่อมของไตให้ได้ดีขึ้น ควรมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม



วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3

กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 จำนวน 88 ราย มีภูมิลำเนาภายในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่นำมาใช้ในการคำนวณเพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.30 ที่เป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลางตามที่ Denise F Polit และ Cheryl Tatano Beck¹² ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลจากการเปิดตารางจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 88 คน การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างโดยนํารายชื่อผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 - 3 จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำมาทำฉลากหมายเลข แล้วสุ่มแบบไม่แทนที่ (selection without replacement) เพื่อให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย แหล่งบริการด้านสุขภาพที่ใช้บริการประจำ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง โรคประจำตัวร่วม โรคแทรกซ้อนจากไตวายเรื้อรัง และยาที่ใช้สำหรับชะลอความเสื่อมของไต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริญญา นพเคราะห์, โจนี จินตนาวัฒน์ และ ทศพร คำผลศิริ¹³ โดยปรับคำสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังแทน และยังคงจำนวนข้อคำถามเดิมไว้ทุกประการ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ มีข้อคำถามที่ใช้ประเมินครอบคลุมความรู้ 3 ระดับประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการอ่านและทำความเข้าใจฉลากยา ความรู้สุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรด้านสุขภาพหรือบุคคลอื่น ๆ และความรู้ การ

คดีวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง คะแนนรวม อยู่ระหว่าง 14.00 – 56.00 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน คือ 14.00 – 28.00 หมายถึง มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพระดับต่ำ 28.01 – 44.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และ 44.01 – 56.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังของ สุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิบาล และ ดวงฤดี ลาคุษะ¹⁴ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 30 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32.00 – 160.00 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน คือ 32.00 – 74.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ 74.67 – 117.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง และ 117.34 – 160.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ปรับเปลี่ยนของโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ และผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในกับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการตนเองจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.94 แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 2562-143 รหัสโครงการ 2562 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2562 โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สมิรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

(Spearman's rank correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์คือ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน 0.01 – 0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ 0.30 – 0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง 0.70 – 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และ 1 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 88 ราย พบว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.64 อายุเฉลี่ย 68.98 ปีอยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 62.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.82 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 88.64 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 31.82 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.68 โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน ร้อยละ 67.05 มีรายได้ตนเองต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 52.28

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 55.69 แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังได้รับส่วนใหญ่มาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 97.73 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังเฉลี่ย 8.37 ปี โดยระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังและรับการรักษาอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี และ 6 – 10 ปี มีสัดส่วนจำนวนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 37.50 ซึ่งเกือบครึ่งเป็นโรคไตวายเรื้อรังในระยะที่ 2 ร้อยละ 42.04 รองลงมาคือ ระยะที่ 1 ร้อยละ 38.64 และเป็นระยะที่ 3 ร้อยละ 19.32 โรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 88.64, 30.68 และ 23.86 ตามลำดับ โดยทั้งหมดไม่พบโรคแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาสำหรับชะลอความเสื่อมของไต 1 – 2 ชนิด ได้แก่ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs), angiotensin receptor blockers, β blockers หรือ

calcium channel blockers ร้อยละ 48.86 รองลงมาคือ 3 – 4 ชนิด ร้อยละ 35.23 ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ, โฟลิก และโซดาไม้น้ำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมต่ำสุด 24 คะแนน สูงสุด 56 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 46.25 (SD = 8.31) อยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.86) ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.87 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.27

ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมต่ำสุด 93 คะแนน สูงสุด 146 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 126.30 (SD = 12.72) อยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกระดับการจัดการตนเองตามเกณฑ์ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.86) และระดับปานกลาง ร้อยละ 26.14 ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง จากการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า มีการแจกแจงของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนการจัดการตนเองเป็นแบบโค้งไม่ปกติ โดยมีค่า Asymp Sig (2-tailed) เท่ากับ .034 จึงใช้สถิติ Spearman's rank correlation ในการหาความสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .674$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางทุกด้าน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ความรอบรู้ (r = .648) และระดับวิจารณ์ญาณ (r = .580) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนแบบสอบถาม	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (SD)	คะแนนระดับ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.00–56.00	24.00–56.00	46.25 (8.31)	สูง
ระดับต่ำ				2(2.27)
ระดับปานกลาง				21(23.87)
ระดับสูง				65(73.86)
การจัดการตนเอง	32.00–160.00	93.00–146.00	126.3 (12.72)	สูง
ระดับปานกลาง				23(26.14)
ระดับสูง				65(73.86)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเอง (n = 88)

	การจัดการตนเอง	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.674**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	.425**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	.648**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ	.580**	ปานกลาง

**p < .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานคือประถมศึกษา ร้อยละ 88.64 ดังนั้นเมื่อได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่อทางอิเล็กทรอนิกส์จะสามารถเข้าใจความหมายของข้อมูลเหล่านั้นได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร¹⁵ ที่ทำการศึกษาคความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 440 คน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p\text{-value} < 0.001$) หากผู้สูงอายุได้รับการศึกษาพอสมควรจะทำให้มีความสามารถในการอ่าน เขียน

และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้มากขึ้นและสามารถนำความรู้ไปปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสามเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นคือ อายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 62.50 มีอายุเฉลี่ย 68.98 ปี ซึ่งเป็นวัยที่การทำงานของประสาทสัมผัสยังมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมองเห็น ทำให้สามารถอ่านข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้ ส่วนการได้ยินที่ยังเป็นปกติทำให้สามารถสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพได้ นอกจากนี้ระดับสติปัญญา และการรับรู้ของวัยผู้สูงอายุตอนต้นยังไม่บกพร่องหรือบกพร่องน้อย ทำให้สามารถเข้าใจความหมายของข้อมูล และสามารถวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จาก

แหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้ประกอบกับการดำรงชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ภายในสังคม โดยเฉพาะการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุตอนต้นยังมีข้อจำกัดน้อย เนื่องจากเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุตอนต้นจะมีมากกว่าวัยผู้สูงอายุตอนกลาง และวัยผู้สูงอายุตอนปลาย จากการที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายน้อยกว่า ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ¹⁶ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก จำนวน 465 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.10, p\text{-value} < 0.05$) โดยอายุที่มากขึ้นจะส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ส่วนทักษะการอ่าน การทำความเข้าใจ การให้เหตุผล และการคำนวณลดลง

จากผลการศึกษาดังกล่าวยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 56.82 มีสถานภาพสมรสคู่ และประมาณ 2 ใน 3 ร้อยละ 67.05 อาศัยแบบอยู่กับ คู่สมรส บุตร และหลาน ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะเข้ามา มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือต่างๆ เช่น ช่วยหาข้อมูล ด้านสุขภาพ ซึ่งหากภายในครอบครัวมีสมาชิกที่เป็นวัยรุ่น หรือวัยทำงานก็จะมีมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ค่อนข้างดีกว่าวัยผู้สูงอายุ อีกทั้งในวัยรุ่น หรือวัยทำงานจะมีความสามารถในการใช้ อุปกรณ์สื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ ได้ดีกว่าวัยผู้สูงอายุ จึงทำให้มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ และการเข้าถึง ข้อมูล มีส่วนร่วมในการช่วยคิด วิเคราะห์ และวิพากษ์ข้อมูล นำไปสู่การพัฒนาความรู้และความเข้าใจในบริบทด้าน สุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Walton Bohanny และคณะ¹⁷ ที่ทำการศึกษาความรู้รอบรู้ ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุของหมู่เกาะมาร์แชลล์ จำนวน 150 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกันจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มี สถานภาพโสด สมรสแต่แยกกันอยู่ และสถานภาพหม้าย หรือหย่าร้าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส และ

ลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่กับครอบครัวจะได้รับการ สนับสนุน ช่วยเหลือ ร่วมตัดสินใจ และให้คำแนะนำจาก สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงแหล่งบริการด้าน สุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลจะเป็นแหล่งข้อมูลที่ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่ายทั้งข้อมูลที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ ข้อมูลจากการสื่อสารโดยตรงกับบุคลากรด้านสุขภาพ และข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจและ นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และกลุ่ม ตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 97.73 ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ จากบุคลากรด้านสุขภาพขณะมารับบริการโดยข้อมูลต่าง ๆ จะเป็นข้อมูลที่บุคลากรด้านสุขภาพได้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาเลือกให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ส่งผลให้ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ ของการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง อาจเป็นผลมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 62.50 มีอายุ เฉลี่ย 68.98 ปี ซึ่งในผู้สูงอายุวัยดังกล่าวจะมีความเสื่อมของ สภาพร่างกายที่กำลังเริ่มจะเกิดขึ้น ผู้สูงอายุยังคงสามารถ ทำกิจกรรมต่างๆ ที่เสริมสร้างสุขภาพของตนเอง และ จัดการกับสิ่งต่างๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ อย่างปกติ และควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Tiffany Washington, Sheryl Zimmerman และ Teri Browne¹⁸ ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวาย เรื้อรังของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 107 คน พบว่า อายุที่มากขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการ ตนเองลดลง ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นจะมีร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สรีระของสภาพร่างกายยัง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ ทำให้เกิด พฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับโรคเรื้อรังดีกว่าวัยผู้สูงอายุ ตอนกลาง และวัยผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียว กับการศึกษาของ Yu-Chi Chen และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษา บทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของ

ประเทศไต้หวัน จำนวน 410 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p\text{-value} < 0.05$) โดยอายุที่มากขึ้นจะมีผลต่อการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และเป็นตัวกำหนดภาวะ พัฒนาการ ความรู้ความสามารถ ความเชื่อ การคิด การรับรู้ และการตัดสินใจในการเลือกหนทางสำหรับการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากผลการศึกษาดังกล่าวยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.82 ซึ่งครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างแรงจูงใจ ให้การสนับสนุน และกำลังใจในการทำพฤติกรรมสำหรับการจัดการตนเอง และมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.05 อาศัยแบบอยู่กับคู่สมรส บุตร และหลาน แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังได้รับมาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.73 ซึ่งการอาศัยอยู่กับครอบครัวจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น บุคคลในครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการทางการแพทย์ เช่น ในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง จะเกิดอาการเบื่ออาหาร ทำให้เกิดความอยากอาหารน้อยลงความสามารถในการหาอาหารที่ถูกปากและมีสารอาหารที่ครบถ้วนของผู้สูงอายุก็ลดลงเนื่องจากสภาพทางร่างกายที่เสื่อมไปตามอายุ หากอาศัยอยู่กับคู่สมรส ลูก หรือหลาน บุคคลภายในครอบครัวจะช่วยหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคในส่วนของการจัดการการรับประทานยา สมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้การเตรียมยาให้รับประทานอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน ซึ่งกำลังการซื้อของวัยทำงานย่อมมีมากกว่าวัยสูงอายุ อีกทั้งการจัดการบทบาทหน้าที่ในการดำรงชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านอารมณ์ เช่น เมื่อผู้สูงอายุทราบว่า ตนเองป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็อาจจะทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือบทบาทหน้าที่ของตนเองให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น การจัดการอารมณ์กลัว ซึมเศร้า สับสน บุคคลภายในครอบครัวจะมีส่วนช่วยในการสนับสนุน เป็นกำลังใจให้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu-Chi Chen และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษา

บทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของประเทศไต้หวัน จำนวน 410 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกันจะมีการจัดการตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด สมรสแต่แยกกันอยู่ และสถานภาพหม้าย หรือหย่าร้าง เนื่องจากบทบาทของคู่สมรสและครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง แล้วยังเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของสุพิชา อาจคิดการ, ลินจง โปธิบาล และ ดวงฤดี ลาคุช¹⁴ ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และเข้ารับการรักษาด้วยแผนกไตเทียมของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 110 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .45, p\text{-value} < 0.01$) เมื่อผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้รับความห่วงใย การเอาใจใส่ มีความสนใจซักถามอาการเจ็บป่วยจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลรอบข้างรวมไปถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีกำลังใจในการรักษา และปฏิบัติตามแผนการจัดการรักษา ส่งผลให้เกิดแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .67$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีด้วยสามารถอธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะทางสติปัญญา และทักษะทางสังคมตั้งแต่ระดับพื้นฐาน (basic cognitive and social skill) จนถึงระดับสูง (advance cognitive and social skill) ในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการจัดการ

สุขภาพของตนเองได้ โดยความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเป็นทักษะทางสติปัญญาที่เป็นความสามารถในการอ่านเอกสาร เช่น แผ่นพับ ใบกำกับยา ฉลากยา ใบนัด หรือเอกสารยินยอมรับการรักษา จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นความรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณต้องใช้ทักษะทางสติปัญญาในระดับสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ ตอบข้อซักถามกับบุคลากรด้านสุขภาพ และบุคคลอื่น ๆ และตัดสินใจใช้ข้อมูลเพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยหรือการจัดการทางการแพทย์

ในส่วนของทักษะทางสังคมระดับพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถในการพูดสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพ ทักษะในการต่อรองกับบุคลากรด้านสุขภาพ หรือทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยในทุกด้าน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีทั้งทางด้านการจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่าย การมีเพศสัมพันธ์ และการติดตามการรักษาตามแพทย์นัด การจัดการบทบาทหน้าที่ในการดำรงชีวิตประจำวัน และการจัดการด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu-Chi Chen และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษาบทบาทของแรงงานสนับสนุนทางสังคม และความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของประเทศไต้หวัน จำนวน 410 คน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .33, p\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ เมื่อมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำด้วย และจากการศึกษาของ Alden Yuanhong Lai, Hirono Ishikawa, Takahiro Kiuchi, Nandakumar Mooppil และ Konstadina Griva¹⁹ ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 63 คน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ($r = .35, p\text{-value} < 0.005$) จะเห็นได้ว่า การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง หากมีการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้ทักษะในการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น ช่วยให้สามารถชะลอความเสื่อมของไตและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องประกอบการวางแผนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จากการศึกษาครั้งนี้พบมีการศึกษาปัจจัยเดียวคือความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาอำนาจในการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. Mallappallil M, Friedman AE, Delano GB, McFarlane IS, Salifu OM. Chronic kidney disease in the elderly: evaluation and management. Clin Pract 2014; 11(5): 525-535. doi: 10.2217/cpr.14.46.
2. Ministry of Public Health. Strategy and Planning Division. Public health statistics 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 March 2]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf (in Thai)
3. Kidney Disease Improving Global Outcomes. Clinical practice guideline for the prevention, diagnosis, evaluation, and treatment of hepatitis C in chronic kidney disease. Kidney Int Suppl 2018 Oct; 8(3): 91-165. doi: 10.1016/j.kisu.2018.06.001.
4. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al.

- 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014 Feb 5; 311(5): 507–20. doi: 10.1001/jama.2013.284427.
5. Thungtong S. Delayed progression diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *J Royal Thai Army Nurses* 2017; 18: 17–24. (in Thai)
6. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2015. Bangkok: Takeda (Thailand) Ltd.; 2015. (in Thai)
7. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003 Aug; 26(1): 1–7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01.
8. Chanapan S. The effect of social support program on self-management behaviors in elder with pre-dialysis chronic kidney disease [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn Univ.; 2015. (in Thai)
9. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int* 1998; 13(4): 349–64. doi: 10.1093/heapro/13.4.349
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259–67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
11. Chen YC, Chang LC, Liu CY, Ho YF, Weng SC, Tsai TI. The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *J Nurs Scholarsh* 2018 May; 50(3): 265–75. doi: 10.1111/jnu.12377.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
13. Noppakraw J. Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai Univ.; 2018. (in Thai)
14. Ardkhitkam S, Pothiban L, Lasuka D. Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal* 2013; 40: 22–32. (in Thai)
15. Nilnate W. Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn Univ.; 2014. (in Thai)
16. Panurat S, Bhoosahas P, Thutsaringkarnsakul S, Krachangpho P, Thuratham W, Natetipawan P. Factors related to health literacy among the elderly in Pak Phli district, Nakhon Nayok province. *JOPN* 2019; 11(1): 86–94. (in Thai)
17. Bohanny W, Wu SF, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Assoc Nurse Pract* 2013 Sep; 25(9): 495–502. doi: 10.1111/1745-7599.12017.
18. Washington T, Zimmerman S, Browne T. Factors associated with chronic kidney disease self-management. *Soc Work Public Health* 2016; 31(2): 58–69. doi: 10.1080/19371918.2015.1087908.
19. Lai AY, Ishikawa H, Kiuchi T, Mooppil N, Griva K. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. *Patient Educ Couns* 2013 May; 91(2): 221–7. doi: 10.1016/j.pec.2012.12.018.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

ปรมดี ศักดิ์แสน พย.ม.*¹

วิลาวณีย์ เตือนราษฎร์ วท.ม.²

ศิวพร อึ้งวัฒนา ศศ.ด.²

¹กองวินโรค กรมควบคุมโรค

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) เป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น อสรจ. จำนวน 266 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความตั้งใจ และการส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.62, 69.92 และ 64.29 ตามลำดับ และมีการสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.00 อสรจ. มีการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.60 และการส่งเสริม และการสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($p\text{-value} = 0.001$ และ $p\text{-value} = 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($p\text{-value} = 0.002$) แต่อายุ ระดับการศึกษา และความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำของ อสรจ. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และกรมราชทัณฑ์ในการส่งเสริม และสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ, เรือนจำ, อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

Factors Related to Infectious Disease Surveillance of Prisoner Health Volunteers

Porramat Saksaen M.N.S.^{*1}

Wilawan Tuanrat M.Sc.²

Sivaporn Aungwattana Ph.D.²

¹*Division Tuberculosis Department of Disease Control*

²*Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

ABSTRACT

Prisoner Health Volunteers (PHV.) who play a very important role in Infectious Disease Surveillance in a prison. This descriptive research was conducted via the method of relationship discovery between Infectious Disease Surveillance of Prisoner Health Volunteers and its outcome. This research aimed to study the factors related to Infectious Disease Surveillance of Prisoner Health Volunteers. The studied samples were 266 volunteers selected by simple random sampling.

The results revealed that the most of them had a knowledge, intention and promotion of Infectious Disease Surveillance in a detention center in high levels 96.62%, 69.92% and 64.29% respectively, and support of Infectious Disease Surveillance in a prison in medium level 47.00%. PHV. had high level of operation of Infectious Disease Surveillance in a prison 90.60%. The significant statistical outcome shows a medium level of a positive relationship between the promotion and support of Infectious Disease Surveillance and the Infectious Disease Surveillance performed by Prisoner Health Volunteers at 0.01 ($p\text{-value} = 0.001$ and $p\text{-value} = 0.001$ respectively). The significant statistical outcome shows a low level of a positive relationship between the intention behind Infectious Disease Surveillance in a prison and Infectious Disease Surveillance of Prisoner Health Volunteers at 0.01 ($p\text{-value} = 0.001$). However, age, level of education, and knowledge had no statistically significant relationship with Infectious Disease Surveillance among the volunteers in a detention center. The results of this study are beneficial for related health operation teams and the Department of Corrections in order to achieve more efficient promotion and support of Infectious Disease Surveillance among the Prisoner Health Volunteers.

Key words: *Infectious Disease Surveillance, Prison, Prisoner Health Volunteers*

*Corresponding Author: Porramat Saksaen

บทนำ

โรคติดเชื้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยความชุกของการแพร่กระจายเชื้อโรคในเรือนจำมีอัตราสูงขึ้นมากถึง 3.8 เท่า เมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป^{1,2} ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังมากถึง 354,905 คน ในขณะที่เรือนจำสามารถรองรับผู้ต้องขังได้ประมาณ 200,000 คนเท่านั้น ซึ่งการเพิ่มจำนวนของผู้ต้องขังและความแออัดของสถานที่ ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อในเรือนจำได้ง่าย และรวดเร็ว³

การติดเชื้อในเรือนจำทำให้ผู้ต้องขังเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 20 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย⁴ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรในเรือนจำที่ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพิ่มภาระงานทั้งในด้านการบริหารจัดการกับการระบาด และทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และอาจจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนได้เมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษได้รับการปล่อยตัวและกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชน⁵

การจัดการต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อในเรือนจำที่ผ่านมา มีการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อโดยพยาบาลเรือนจำ ตามขอบเขตและสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสถานพยาบาลเรือนจำมีการให้บริการสุขภาพเทียบเท่าหน่วยบริการปฐมภูมิ⁶ ปัจจุบันพบว่าเรือนจำมีข้อจำกัดในการรับมือกับความเจ็บป่วยของผู้ต้องขัง เนื่องจากพยาบาลเรือนจำมีจำนวนจำกัด⁷ จึงทำให้ยังไม่สามารถจัดการต่อการแพร่กระจายของการติดเชื้อได้ กรมราชทัณฑ์จึงมีนโยบายให้มีการคัดเลือกผู้ต้องขังมาเป็นผู้ช่วยเหลืองานพยาบาลเรือนจำในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งเรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)

อสรจ. เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กรมราชทัณฑ์กำหนด ซึ่งมีอัตราส่วน อสรจ. ต่อผู้ต้องขังในเรือนนอน 1:50 ซึ่ง อสรจ. จะได้รับการอบรมเป็นแกนนำการดูแลสุขภาพภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐานตามหลักสูตรของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 8 วิชา ระยะเวลา 43 ชั่วโมง ประกอบด้วย ทฤษฎี 25 ชั่วโมง และการปฏิบัติ 18 ชั่วโมง เพื่อให้มีความรู้ ทักษะ และ

ความสามารถด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ต้องขังอื่นเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ⁸ ซึ่งในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. จะมีการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล และการรายงานข้อมูล เพื่อค้นหาผู้มีอาการสงสัย การติดเชื้อและดำเนินการป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปฏิบัติงานให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของงานเกิดจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกบุคคล⁹ โดยปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ อสรจ. ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ และความตั้งใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงาน¹⁰ ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการดำเนินงาน การตัดสินใจ และคุณภาพของงาน¹¹ ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลที่จะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับการส่งเสริม การปฏิบัติงาน และการสนับสนุนที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ทั้งด้านความรู้ วัสดุอุปกรณ์ และการมีส่วนร่วม ซึ่งทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกมีผลต่อการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น¹²

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ ความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การส่งเสริม การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ และการให้การสนับสนุน การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสรจ. ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ

นิยามศัพท์

เฝ้าระวังการติดเชื้อ คือ การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในกลุ่มอาการ ไข้ ไอ ผื่น โดย อสรจ. ที่เป็นกระบวนการติดตาม สังเกต อาการและอาการแสดงของการติดเชื้ออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงลักษณะการเกิดและการกระจายของโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับผู้ต้องขังประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มอาการ และ 2) การรายงานข้อมูลโรคติดเชื้อในเรือนนอน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสรจ. ในพื้นที่เรือนจำเขต 5 ภาคเหนือตอนบนจำนวน 9 เรือนจำ ประกอบด้วย เรือนจำกลางเชียงใหม่ เรือนจำกลางเชียงราย เรือนจำกลางลำปาง เรือนจำจังหวัดน่าน เรือนจำจังหวัดพะเยา เรือนจำจังหวัดแพร่ เรือนจำจังหวัดลำพูน เรือนจำอำเภอฝาง และเรือนจำอำเภอเทม มี อสรจ. รวมจำนวนทั้งสิ้น 515 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณของทาโร ยามาเน่¹³

$$n = N / (1 + Nc^2)$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

c คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้ค่าเท่ากับ 0.05

N คือ อสรจ. ในพื้นที่เรือนจำเขต 5 ภาคเหนือตอนบนจำนวน 515 คน

แทนค่าตามสูตรการคำนวณได้ดังนี้

$$n = 515 / (1 + 515(0.05)^2) = 225$$

ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ในการวิจัยนี้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน รวมเป็น 270 คน จากนั้นจึงฉลากเพื่อกำหนดตัวแทนเรือนจำ โดยคัดเลือกตามสัดส่วนเรือนจำ 3 ระดับ คือ เรือนจำกลาง เรือนจำจังหวัด เรือนจำอำเภอ คิดเป็นสัดส่วน 2: 2: 1 ทั้งหมดจำนวน 5 เรือนจำ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

การสุ่มแบบไม่แทนที่จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เข้าใจ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยรวมแล้วได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 266 คน คัดออกไป 4 คน เพราะความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ และการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson Procedure 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และ 0.88 ตามลำดับ ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ การส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ และการสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ ตรวจสอบด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 0.87 และ 0.95 ตามลำดับ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสรจ. และจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมในการเป็น อสรจ. ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด (closed format questions) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ ประกอบด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ แบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก หรือ ผิด ซึ่งตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน

จำนวน 20 ข้อ (คะแนนสูงสุด 20 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน) แบ่งระดับคะแนนความรู้โดยใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้นแบ่ง 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้อยู่ในระดับสูง เท่ากับ 13.34 – 20.00 คะแนน ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 6.68 – 13.33 คะแนน และความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 0.00 – 6.67 คะแนน

2.2 ความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ

ในเรือนจำ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert's scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนนสูงสุด 60 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

แบ่งระดับความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ โดยการกำหนดอันตรภาคชั้น แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้ ความตั้งใจอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 46 – 60 คะแนน ความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 31 – 46 คะแนน และความตั้งใจอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 15 – 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ ประกอบด้วย

3.1 การส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ

ในเรือนจำ เป็นข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ การส่งเสริมมากที่สุด การส่งเสริมมาก การส่งเสริมน้อย การส่งเสริมน้อยที่สุด และไม่มีการส่งเสริม (คะแนนสูงสุด 60 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ การส่งเสริมมากที่สุด 4 คะแนน การส่งเสริมมาก 3 คะแนน การส่งเสริมน้อย 2 คะแนน การส่งเสริมน้อยที่สุด 1 คะแนน และไม่มีการส่งเสริมเลย 0 คะแนน แบ่งระดับการส่งเสริม

การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ โดยการกำหนดอันตรภาคชั้น แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้ การส่งเสริมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 41 – 60 คะแนน การส่งเสริมอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 21 – 40 คะแนน และการส่งเสริมอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 0 – 20 คะแนน

3.2 การสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ

ในเรือนจำ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับดีมาก ดี ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับการสนับสนุน (คะแนนสูงสุด 56 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มีการสนับสนุนดีมาก 4 คะแนน มีการสนับสนุนดี 3 คะแนน มีการสนับสนุนปานกลาง 2 คะแนน มีการสนับสนุนน้อย 1 คะแนน และไม่ได้รับการสนับสนุน 0 คะแนน แบ่งระดับการสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ โดยการกำหนดอันตรภาคชั้นแบ่ง 3 ระดับ ดังนี้ การสนับสนุนอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 37.36 – 56.00 คะแนน การสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 18.68 – 37.35 คะแนน และการสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 0.00 – 18.67 คะแนน

ส่วนที่ 4 การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อที่ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การรวบรวมข้อมูล จำนวน 10 ข้อ และ 2) การรายงานข้อมูล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบคำถามเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ ซึ่งให้คะแนนการปฏิบัติเมื่อ ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์การกำหนดอันตรภาคชั้นแบ่ง 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ ดังนี้ การเฝ้าระวังการติดเชื้ออยู่ในระดับสูง เท่ากับ 13.34 – 20.00 คะแนน การเฝ้าระวังการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 6.68 – 13.33 คะแนน และการเฝ้าระวังการติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 0.00 – 6.67 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยลงวันที่ 17 มกราคม 2563 เลขที่ 2562-145 รหัสโครงการ 2562-FULL045

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ โดยใช้ค่าระดับของความสัมพันธ์ตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2009)

ค่า r	ระดับของความสัมพันธ์
> .5	แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.3 – .5	แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
< .3	แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง

โรคติดเชื้อของ อสรจ. โดยผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 91.70 และเพศหญิง ร้อยละ 8.30 อายุเฉลี่ย 33 ปี (SD = 8.34) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 45.11 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อสรจ. น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 82.71 และเคยได้รับการอบรมเป็น อสรจ. 1 ครั้ง ร้อยละ 81.21 และมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 18.79

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ ความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ การส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ และการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.62, 69.92, 64.29 และ 90.60 ตามลำดับ ส่วนการสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.00 ดังตารางที่ 1-7

ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. (n=266)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ		
สูง (13.34 – 20.00 คะแนน)	257	96.62
ปานกลาง (6.68 – 13.33 คะแนน)	9	3.38
ต่ำ (0.00 – 6.67 คะแนน)	0	0.00
($\bar{X}$ = 15.84, S.D. = 1.30, Min = 12, Max = 19)		
ความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ		
สูง (47.00 – 60.00 คะแนน)	186	69.92
ปานกลาง (31.00 – 46.00 คะแนน)	80	30.08
ต่ำ (15.00 – 30.00 คะแนน)	0	0.00
($\bar{X}$ = 48.95, S.D. = 4.51, Min = 34, Max = 60)		

ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ.

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. (n=266)

การส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำภาพรวม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (41.00 – 60.00 คะแนน)	171	64.29
ปานกลาง (21.00 – 40.00 คะแนน)	91	34.21
ต่ำ (0.00 – 20.00 คะแนน)	4	1.50

($\bar{X}$ = 42.31, S.D. = 7.99, Min = 14, Max = 60)

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน (n=266)

การส่งเสริมรายด้าน	ช่วงคะแนน	พิสัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการส่งเสริม
ด้านการมีส่วนร่วม	0 – 20	0 – 20	13.24	3.32	ระดับปานกลาง
ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ	0 – 20	3 – 20	14.51	3.31	ระดับสูง
ด้านสิ่งจูงใจ	0 – 20	2 – 20	14.56	3.10	ระดับสูง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. (n=266)

การสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำภาพรวม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (37.76 – 56.00 คะแนน)	120	45.11
ปานกลาง (18.88 – 37.75 คะแนน)	125	47.00
ต่ำ (0.00 – 18.87 คะแนน)	21	7.89

($\bar{X}$ = 37.68, S.D. = 10.23, Min = 5, Max = 56)

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน (n=266)

การสนับสนุนรายด้าน	ช่วงคะแนน	พิสัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการสนับสนุน
ด้านการบริหารจัดการ	0 – 20	2 – 20	14.12	3.69	ระดับสูง
การติดตามนิเทศ	0 – 20	2 – 20	13.20	4.01	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	0 – 16	0 – 16	10.36	3.38	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. (n=266)

ระดับการเฝ้าระวัง	ช่วงคะแนน (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	13.34 – 20.00	241	90.60
ระดับปานกลาง	6.68 – 13.33	23	8.65
ระดับต่ำ	0.00 – 6.67	2	0.75

($\bar{X}$ = 18.45, S.D. = 3.08, Min = 1, Max = 20)

ตารางที่ 7 การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. จำแนกเป็นรายด้าน (n=266)

การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ.	ช่วงคะแนน	พิสัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ
ด้านการรวบรวมข้อมูล	0 – 10	0 – 10	9.07	2.12	ระดับสูง
ด้านการรายงานข้อมูล	0 – 10	0 – 10	9.37	1.39	ระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ.

ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. อยู่ในระดับต่ำ ($r = .193$) การส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ การสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. อยู่ในระดับต่ำ ($r = .193$)

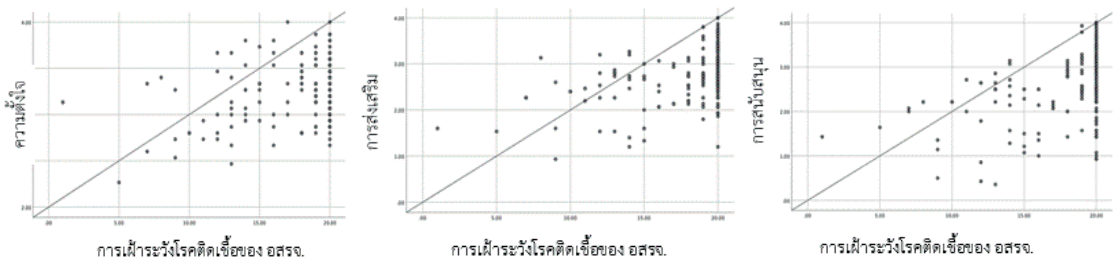
สัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .193$, $r = .433$ และ $r = .426$ ตามลำดับ) ส่วน อายุ ระดับการศึกษา และความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. (n=266)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผล
อายุ	-.030	.623	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	-.061	.324	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้	-.067	.275	ไม่มีความสัมพันธ์
ความตั้งใจ	.193	.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำ
การส่งเสริม	.433	.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลาง
การสนับสนุน	.426	.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลาง

จากการศึกษาสามารถนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. โดยใช้กราฟ Scatter plot ดังแสดงในรูปภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจ การส่งเสริม และการสนับสนุนในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ กับ การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ.



จากกราฟ Scatter plot แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. เมื่อพิจารณาการกระจายในกราฟทั้ง 3 กราฟ (ภาพที่ 1) พบว่าทั้งปัจจัยด้านความตั้งใจ การส่งเสริม

และการสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 8

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำของ อสรจ. อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน และได้รับความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ ทำให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังการเกิดโรคติดเชื้อที่ถูกต้อง อีกทั้งได้มีการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเมื่อบุคคลมีความรู้ จะทำให้มีความมั่นใจและเกิดเป็นพฤติกรรม⁸ ซึ่งความรู้ในงานที่ได้รับมอบหมายเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสามารถในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้¹⁴

ความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกรมราชทัณฑ์ มีนโยบายส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ อสรจ. ในการทำงานด้านสาธารณสุขโดยสมัครใจจึงส่งผลให้ อสรจ. มีความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ ซึ่งส่งผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงาน ทำให้บุคคลรับรู้ประโยชน์¹⁵ และรู้สึกว่าการปฏิบัติงานมีความสำคัญในงาน ทำให้ อสรจ. มีความตั้งใจกระทำและพัฒนานตนเองจนเกิดเป็นความภูมิใจในตนเอง¹⁶

การส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง เนื่องด้วย อสรจ. ได้รับการส่งเสริมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในเรือนจำจากพยาบาลเรือนจำในการให้ความรู้มีการให้ข้อมูลย้อนกลับรวมถึงสิ่งจูงใจในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อให้กับ อสรจ. เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดีขึ้น ทำให้การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำเกิดผลดี^{17,18} สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์¹⁹ ศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่าเมื่อ อสม. ได้รับการอบรม ร่วมวางแผนและร่วมปฏิบัติงานในชุมชนในการเฝ้าระวังโรค ส่งผลให้ อสม. มีระดับการส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคอยู่ในระดับสูง

การสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องด้วย

เรือนจำมีข้อจำกัดในกฎระเบียบข้อบังคับของกรมราชทัณฑ์ในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง⁷ ทำให้ อสรจ. ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอ ซึ่งการได้รับสนับสนุนจะช่วยให้การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำสอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานอย่างแท้จริง²⁰ ซึ่งการสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำมีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานของ อสรจ. ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นการสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ปฏิบัติงาน

การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เนื่องจาก อสรจ. ได้รับการอบรมความรู้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ ตลอดจนได้รับการนิเทศงานจากพยาบาลเรือนจำ ทำให้ อสรจ. มีการปฏิบัติการเฝ้าระวังในระดับที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา แยกคาย¹² ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. พบว่า การที่ อสม. ได้รับการอบรมความรู้ตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับสูง ดังนั้น การทำหน้าที่ของ อสรจ. ในการสังเกตอาการ ค้นหาผู้ต้องขังป่วยช่วยให้เกิดการเฝ้าระวังโรคในเรือนจำที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และลดการแพร่กระจายเชื้อได้²¹

จากผลการศึกษาการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. รายงาน พบว่า การเฝ้าระวังการติดเชื้อในเรือนจำอยู่ในระดับสูงทุกด้าน อาจเนื่องจากการกำหนดหลักสูตรการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ และภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ ทำให้ อสรจ. รู้หลักการและแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ สามารถเฝ้าระวังโรคได้อย่างรวดเร็ว⁶ อีกทั้ง อสรจ. เป็นบุคคลที่สมัครใจช่วยงานบริการสุขภาพในเรือนจำ⁸ จึงทำให้การเฝ้าระวังการติดเชื้อของ อสรจ. อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้อสรจ. สังเกตและค้นหาผู้ต้องขังป่วยเป็นการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้การวินิจฉัยรวดเร็ว และลดการแพร่กระจายเชื้อได้¹

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. พบว่า ความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ

ในเรือนจำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. เนื่องจาก อสรจ. เป็นผู้ที่มีความสนใจเต็มใจในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ ทำให้เกิดความตั้งใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน²² ในระดับสูงจะส่งผลให้ระดับการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้นไปด้วย²³ สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า อสรจ. ส่วนมากมีระดับความตั้งใจในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในระดับสูง ร้อยละ 69.92

การส่งเสริมการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. เนื่องด้วยกรมราชทัณฑ์มีนโยบายให้อสรจ. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ ถือเป็นการส่งเสริมให้อสรจ. ได้แสดงความสามารถของตนเอง²⁴ ประกอบกับพยาบาลเรือนจำมีการให้ข้อมูลย้อนกลับและมีการเสริมแรงแก่ อสรจ. โดยการชื่นชม ชมเชย ยกย่องในการปฏิบัติงานและพิจารณาเลื่อนขั้น ถือเป็นสิ่งจูงใจในการทำงานแก่ อสรจ. ให้มีการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จรุงฤกษ์ ปองเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง²⁵ ศึกษาการส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. พบว่าการส่งเสริมการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการศึกษา การส่งเสริมการปฏิบัติงาน ของ อสรจ. ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม การให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือการให้สิ่งจูงใจ เหล่านี้จะชักจูงให้เกิดการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย และการส่งเสริมที่ดีและสม่ำเสมอ สามารถช่วยขับเคลื่อนการปฏิบัติงาน เสริมสร้างความภาคภูมิใจในงานของบุคคลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทยายุทธ อยู่ดี²⁶ พบว่า ส่งเสริมแรงจูงใจและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

การสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนประกอบด้วย การบริหารจัดการ การติดตามนิเทศ และการให้คำแนะนำ ความสะดวก เหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมให้อสรจ. ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก²⁷ อีกทั้ง อสรจ. จะได้รับการติดตามนิเทศจากพยาบาลเรือนจำ ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง

การติดเชื้อที่เพียงพอ ซึ่งการให้การสนับสนุนเป็นวิธีการที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในงาน¹² โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เพียงพอ จะทำให้มีระดับการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น²⁸

จากการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษาและความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อของ อสรจ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก อสรจ. เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ มีการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป แสดงว่า อสรจ. เป็นผู้มีความรู้และมีวุฒิภาวะในการทำงาน พบว่าส่วนใหญ่ อสรจ. มีอายุเฉลี่ย 33 ปี เป็นช่วงวัยที่มีวุฒิภาวะด้านความคิดและการปฏิบัติ ดังนั้น ความแตกต่างของอายุอาจไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำนั้นไม่มีความซับซ้อน²⁹ ปฏิบัติงานภายใต้การนิเทศของพยาบาลเรือนจำ ทั้งยังได้รับการอบรมตามหลักสูตร⁹ และมีการอบรมฟื้นฟูทุกปี ทำให้ อสรจ. สามารถดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อได้โดยไม่ต้องมีระดับการศึกษาที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กล้านรงค์ ศาสตร์พิทักษ์และคณะ³⁰ เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เรือนจำและพยาบาลเรือนจำ ควรเสริมสร้างความตั้งใจและส่งเสริมการดำเนินงาน อสรจ. ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำ เพื่อให้ อสรจ. มีความตั้งใจที่เพิ่มขึ้นทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. เรือนจำและพยาบาลเรือนจำ ควรสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ เช่น คู่มือ สื่อ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ได้แก่ สมุด ปากกา สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานที่จะส่งผลต่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำให้เพิ่มขึ้น
3. เรือนจำหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลสร้างแนวปฏิบัติสำหรับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ

โดยเฉพาะโรคติดเชื้อตามกลุ่มอาการไข ไอ ผื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสรจ. หรือเพิ่มขอบเขตของการศึกษา เช่น เพศ ทศนคติ ปัญหาอุปสรรค ชนิดของเรือนจำ หรือดำเนินงานในโรคอื่น เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุม และข้อมูลในภาพรวมในการกำหนดบทบาทหน้าที่ หรือการพัฒนาศักยภาพ อสรจ. ต่อไป

2. ควรพัฒนารูปแบบ หรือโปรแกรมในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในเรือนจำตามกลุ่มอาการไข ไอ ผื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Imduang K, Sophawang N, Choolue T. Model of screening TB in prison in health service region 11. dpcphs [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 28]; 5(3): 1–14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/185923>. (in Thai)
2. Tavoschi L et al. Active case finding for communicable diseases in prison settings: increasing testing coverage and uptake among the prison population in the European Union/European economic area. Epidemiologic reviews 2018 Apr 10; 40(1): 105–120. doi: 10.1093/epirev/mxy001.
3. Walmsley, R. World prison brief. London: Institute for Criminal Policy Research; 2016.
4. Ngamtrairai N. The effects of supportive education nursing system on self care of pulmonary tuberculosis prisoners [dissertation]. Bangkok, Mahidol University; 2003. (in Thai)
5. Eakachan R. The Development of Health-related Quality of Life Indicators of Prisoners in Thai Prisons. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2015; 8(3): 297–313. (in Thai)
6. Medical Services Division. Health Service System Development for prisoner in Corrections. Samut Sakhon: Born To Be Publishing; 2016.

7. Vajanasara K. Getting sick behind bars: health issues and prison health care. Nakornpathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2018. (in Thai)
8. Ministry of Public Health and Department of Corrections Ministry of Justice. Assessment for trainer Prisoner Health Volunteers (PHV.). Good health Good Heart. Nonthaburi: Department of Health Service Support Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
9. Ratchatomas N, Tiautchasuwan Y, Boromtanarat Y. Factors Related to the Performance of Village Health Volunteers on Consumer Protection in Public Health, Praprom District, Nakhon Sri Thammarat Province. Journal of Health Science 2017; 26(5): 858–864. (in Thai)
10. Sirihong Chimcharoen. Relationships between Personal Factor, Beliefs in Pregnancy, Perception of Health Promotion, and Health Promoting Behaviors among Thai-Muslim Pregnant Women. [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai)
11. Ertas N. Turnover intentions and work motivations of millennial employees in federal service. Public Personnel Management 2015 Jun; 44(3): 401–423. doi:10.1177/0091026015588193.
12. Yutthana Y. Factors Affecting Performance on Competency Standards among Village Health Volunteers, SuKhotai Province. Nursing Public Health and Education Journal 2018; 19(3): 145–155. (in Thai)
13. Yamane T. Statistics: an introduction analysis. New York: Harper & Row; 1973.
14. Bloom B. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: Longmans. 1956.
15. Ajzen H, Fishbein M. Understanding attitudes

- and predicting social behavior Englewood. Cliffs, NJ: Prentice– Hall.; 1980.
16. Piriaphattarakit A, Nimchit S. Factors Influencing Research Engagement at Thailand Institute of Scientific and Technological Research. ARU Research Journal Humanities and Social Sciences 2019; 6(1): 9–16. (in Thai)
17. Uthaiwan Singkham. Effect of standard precautions practice promotion on practice of professional nurses in operating department, Bamrasnaradura infectious diseases institute. [dissertation]. Chiangmai: Chiangmai University; 2010. (in Thai)
18. CHU, LI-MING K.; CHU, George SF. Feedback and efficiency: a staff development model. Nursing management 1991 Feb; 22(2): 28–31. doi:10.1097/00006247-199102000-00016.
19. Wongpathomtip K. The participation in the zika virus disease prevention and control for health volunteers in Don Tum district, Nakhon Pathom province. Journal of the office of DPC7 Khon Kaen 2017; 24(2): 59–67. (in Thai)
20. Soule B, Huskins W. A global perspective on the past, present, and future of nosocomial infection prevention and control. American journal of infection control 1997 Aug; 25(4): 289–293. doi:10.1016/s0196-6553(97)90019-5. PMID: 9276539.
21. Maggard K et al. Screening for tuberculosis and testing for human immunodeficiency virus in Zambian prisons. Bulletin of the World Health Organization 2015 Feb 1; 93: 93–101. doi: 10.2471/BLT.14.135285.
22. Kittipongpittaya C. Relationships between perception of work security, performance and job involvement of employees. [dissertation]. Bangkok: King Mongkut's University of Technology North; 2008. (in Thai)
23. Esposito G, Bavel R, Baranowski T, Duch–Brown N. Applying the model of goal–directed behavior, including descriptive norms, to physical activity intentions: A contribution to improving the theory of planned behavior. Psychological Reports 2016 May 26; 119(1): 5–26. doi:10.1177/0033294116649576
24. Bandura A. Self–efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
25. Pongcharoen C, Muangchang Y. Work Motivation of Village Health Volunteers in Suphanburi Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2019; 29(1): 60–70. (in Thai)
26. Yoodee P. Participation of Public Health Volunteers to Promote general public awareness of Hypertension Dhiangkam District Phayao Province. Lanna Public Health Journal 2013; 9(2): 99–119. (in Thai)
27. Chinda A. Factors Effecting Performance in Control and Prevention of Dengue Hemorrhagic Fever of Village Health Volunteers in Phangnga Province. Region 11 Medical Journal 2018; 31(3): 555–568. (in Thai)
28. Khiertthanabordee P, Wiwanitkit V, Deeying J. Prevention and Control Behaviors on Dengue Hemorrhagic Fever of Party Health Network in Muang District Buriram Province. Journal of Research and Development 2015; 10(2): 84–91. (in Thai)
29. Wongpitak K. Factors related to the operation of the Dengue Fever Surveillance System in Surveillance and Rapid Response Team Case Study; Bang Sakae Sub–District, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province. In 10th National and International Research Conference, Suan Sunandha Rajabhat University; 2019 Mar 29; Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok. Bangkok: 2019. p. 1204–1212.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

จิราพรรณ ไมแรส พย.ม.*

ศิริรัตน์ ปานอุทัย พย.ด.

ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ พย.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค เป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมอาการไม่พึงประสงค์ และป้องกันความรุนแรงจากโรคได้ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องยา ความร่วมมือในการใช้ยา รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยา และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความเจ็บป่วย ความรู้เรื่องยา ความร่วมมือในการใช้ยา และการไปรับยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค มีความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.555, p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรู้เรื่องยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.561, p\text{-value} < 0.001$) แต่พบความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.280, p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้เรื่องยา, ความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

Association between Medication Literacy and Medication Adherence among Older Persons with Multimorbidity

Jirapun Mairesse M.N.S.

Sirirat Panuthai Ph.D.

Nattaya Suwankruhasn Ph.D.

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ABSTRACT

Medication adherence in older persons with multimorbidity is an important key for controlling adverse reactions and preventing the severity of the disease. This is a cross-sectional descriptive study aimed to study medication literacy, medication adherence and the association between medication literacy and medication adherence in older persons with multimorbidity. The study participants were 88 persons who aged 60 years or above, diagnosed by doctors with two or more chronic diseases, treated with medications and attending the health-promoting hospitals in Muang district, Chiang Mai province during March 2020. Data were collected by using a structured interview questionnaire included a demographic, illness data recording form, medication literacy and adherence to refills and medications use in older people with multimorbidity. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results revealed that older persons with multimorbidity had overall the moderate levels of medication literacy and medication adherence. Medication literacy had a significantly positive correlation with medication adherence ($r = 0.555$, $p\text{-value} < 0.001$). Regarding the association in each dimension, it was found that the medication literacy was correlated with medication adherence by taking self-medication at a moderate level with statistical significance at the level of $p\text{-value} < 0.001$ ($r = 0.561$, $p\text{-value} < 0.001$), but had asignificantly positive correlation at a low level of adherence to refills and medications use according to the doctor's treatment ($r = 0.280$, $p\text{-value} < 0.05$).

Therefore, the health care professionals should be encourage older persons with multimorbidity in better medication adherence behavior.

Key words: *Medication literacy, Medication adherence, Older persons with multimorbidity*

*Corresponding Author: Jirapun Mairesse

บทนำ

อุบัติการณ์โรคเรื้อรังหลายโรคมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก และเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น โดยในประเทศไทย ในปี ค.ศ. 2013 พบอัตราความชุกโรคเรื้อรังหลายโรค ร้อยละ 50.3 ในประชากรที่อายุน้อยกว่า 65 ปี โดยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในประชากรที่อายุ 65-74 ปี และอัตราความชุกในประชากรที่อายุมากกว่า 85 ปี มีมากถึงร้อยละ 81.5¹ ประเทศสิงคโปร์ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุชาวเอเชียที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 498 คน พบว่าประมาณร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค² ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคในผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 300 คน พบอัตราความชุกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคร้อยละ 34.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา³

โรคเรื้อรังหลายโรค (multimorbidity) หมายถึง การมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยไม่มีการเรียงลำดับของการเกิดโรค⁴ ซึ่งรูปแบบของโรคเรื้อรังหลายโรค มี 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านร่างกายร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป^{5,6} 2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับโรคติดต่อเรื้อรัง⁷ และ 3) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับความผิดปกติทางจิตใจ⁸ จากการสำรวจระดับชาติของประเทศจีน พบรูปแบบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ 1) โรคข้ออักเสบหรือโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคทางเดินอาหาร พบอัตราความชุกร้อยละ 4.73 2) โรคข้ออักเสบหรือโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินอาหารพบอัตราความชุก 2.85 และ 3) โรคข้ออักเสบหรือโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคปอดเรื้อรัง พบอัตราความชุก 1.13⁶ จะเห็นได้ว่ารูปแบบโรคเรื้อรังหลายโรคที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านร่างกายร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป

การจัดการโรคเรื้อรังหลายโรคส่วนใหญ่เป็นการจัดการด้วยยา (medication management) ซึ่งเป็นการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy) และใช้ยาเป็นเวลานาน เนื่องด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ดังนั้น

เพื่อให้การใช้ยาในการจัดการกับโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพในการรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ⁹ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความร่วมมือในการรับประทานด้วยตนเอง (adherence with taking medications) และ 2) ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ (adherence with the filling or refilling of prescriptions) จากการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีหลายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ พลิสจุฬพล วัชรวงค์วาน และวิวัฒน์ พุทธวรรณไชย¹⁰ พบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาในระยะยาว มักจะได้รับผลกระทบโดยตรง เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลายขนาน เสี่ยงต่อการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และคุณภาพชีวิตลดลง^{11,12}

การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค จะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือความรู้เรื่องยา ซึ่งความรู้เรื่องยา (medication literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ คำนวณ และประมวลข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา¹³ การมีความรู้เรื่องยาที่ดีจะสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ด้านขนาดยา (dosage) 2) ความรู้ด้านผลข้างเคียงของยา (adverse effects) 3) ความรู้ด้านปฏิกิริยาระหว่างยา (interactions) 4) ความรู้ด้านข้อควรระวังในการใช้ยา (precautions) และ 5) ความรู้อื่น ๆ เกี่ยวกับยา (other information) เฉพาะนั้นการที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคมีทักษะความรู้เรื่องยาครบทั้ง 5 ด้าน จะนำไปสู่การตัดสินใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังหลายโรคมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี มีประสิทธิภาพและปลอดภัย¹⁴ จากการศึกษาของ กุ้ยเยว่มา และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาความรอบรู้เรื่องยาในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 57.40 ของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความรอบรู้เรื่องยาของตนเองในระดับต่ำ

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่พบการศึกษา ในกลุ่มโรคเรื้อรังหลายโรคทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ แต่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่โรคเรื้อรังรายกลุ่มโรค ได้แก่ การศึกษาในประเทศจีนของ ชวงเจียว ซื่อ และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุเฉลี่ย 60.6 ปี จำนวน 420 คน พบว่าความรอบรู้เรื่องยามี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = 0.342$, $p\text{-value} < 0.01$) กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้เรื่องยาในระดับสูง จะ ทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีด้วยเช่นกัน ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าว อาจไม่สามารถอธิบายในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังหลายโรคได้ เนื่องจากความแตกต่างด้านปัจจัย เกี่ยวกับยาที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคจะได้รับยา หลายขนาน บริบทระหว่างผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุจีนที่ อาจมีผลต่อความรอบรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างของการศึกษา เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรอบรู้เรื่องยาและ ความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลายโรค ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรอบรู้เรื่องยา ความร่วมมือในการใช้ยา และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง (cross sectional study)

ประชากร

ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยมีรูปแบบของโรคเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ 1) กลุ่มโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังด้านร่างกายร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป เช่น โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว และ โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น 2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับ โรคติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงกับโรคติดเชื้อ เอชไอวี เป็นต้น และ 3) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วม ความผิดปกติทางจิตใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า และโรคทางเดินอาหาร เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป อาศัยอยู่ใน เขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการรักษาด้วยยา เช่น ยารักษาโรค ความดันโลหิตสูง และยารักษาโรคเบาหวาน เป็นต้น
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้ แบบประเมินเพื่อตรวจสอบสติปัญญา (mental status questionnaire) ต้องได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป จาก คะแนนเต็ม 10 คะแนน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ไม่สะดวกเข้าร่วมใน การวิจัยครั้งนี้ หรือตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ไม่ครบ ตามที่กำหนดไว้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 กำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) เพื่อนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 0.30 และจากนั้นเปิดตารางในหนังสือ เดนิส โพลิต และเชอริล ทาทาโน เบค¹⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน

การคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด 9 โรงพยาบาล โดยแบ่งตามทิศภูมิศาสตร์และ สุ่มเลือกอย่างง่าย (simple random sampling) พื้นที่ละ 1 โรงพยาบาล จากนั้นกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ตามจำนวนประชากรรวมในแต่ละตำบล (proportionate stratified random sampling) และทำการสุ่มอย่างง่าย แบบไม่แทนที่ (selection without replacement) จากรายชื่อ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ที่มารับบริการ ที่ รพ.สต. เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่าง (sample size) เท่ากับ 88 คน ดังนี้ รพ.สต.ท่าศาลา จำนวน 23 คน รพ.สต.แม่เหียะ จำนวน 15 คน รพ.สต.หนองหอย จำนวน 14 คน และ รพ.สต.ฟ้าฮ่าม จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูล ความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และระดับการศึกษา เป็นต้น ส่วนข้อมูลความเจ็บป่วย เช่น โรคประจำตัว และประเภทของยา เป็นต้น

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังหลายโรค ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน ความรอบรู้เรื่องยาของเนต โฮรวาท และคณะ¹³ โดยได้รับการอนุญาตให้ดัดแปลงและนำเครื่องมือไปใช้ได้ ข้อคำถาม ทั้งหมด 23 ข้อ มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรอบรู้ ด้านขนาดยา เป็นความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยา เมื่อสมัครรับประทานยา ความถี่ในการรับประทานยา การใช้อย่างถูกวิธีตามข้อมูลบนฉลากยา การรับประทานยา ปฏิชีวนะ การแบ่งเม็ดยา และการคำนวณจำนวนเม็ดยา จำนวน 12 ข้อ 2) ความรอบรู้ด้านผลข้างเคียงของยา เป็นความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียง ของยา สามารถตัดสินใจเลือกวิธีในการปฏิบัติตัวได้อย่าง ถูกต้องและปลอดภัย จำนวน 2 ข้อ 3) ความรอบรู้

ด้านปฏิกิริยาของยา เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิกิริยา ระหว่างยากับแอลกอฮอล์ ยากับอาหาร จำนวน 2 ข้อ 4) ความรอบรู้ด้านข้อควรระวังในการใช้ยา เป็นความเข้าใจ เกี่ยวกับสัญลักษณ์บนฉลาก เช่น การใช้ยาภายนอก และการ เขย่ายาก่อนใช้ เป็นต้น จำนวน 3 ข้อ และ 5) ความรอบรู้ อื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับวันหมด อายุของยา การกำจัดยา การเก็บรักษายา จำนวน 4 ข้อ โดยตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน และตอบ ไม่ถูกต้อง/ไม่ตอบ ได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 23 คะแนน และคะแนนอยู่ ระหว่าง 0-23 คะแนน

การแปลผลความรู้เรื่องยา ดังนี้
0.00-07.66 คะแนน เท่ากับ ความรอบรู้เรื่องยา ในระดับต่ำ
7.67-15.33 คะแนน เท่ากับ ความรอบรู้เรื่องยา ในระดับปานกลาง
15.34-23.00 คะแนน เท่ากับ ความรอบรู้เรื่องยา ในระดับสูง

เมื่อนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.94

3. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการไปรับยา และการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค ผู้วิจัยนำ มาจากแบบประเมินความร่วมมือในการไปรับยาและ การใช้ยาของซูนิล โคร์ปาลานี และคณะ⁹ ซึ่งได้รับการ อนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1) ความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง จำนวน 8 ข้อ และ 2) ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตาม แผนการรักษาของแพทย์ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 12 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติ (สำหรับข้อคำถามด้านบวกได้ 1 คะแนน ข้อคำถามด้านลบได้ 4 คะแนน) จนถึงปฏิบัติ ทุกครั้ง (สำหรับข้อคำถามด้านบวกได้ 4 คะแนน ข้อ คำถามด้านลบได้ 1 คะแนน) และเมื่อนำไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.90

ข้อคำถามความร่วมมือในการไปรับยาและการ ใช้ยาโดยรวม จำนวน 12 ข้อ มีคะแนนเต็ม 48 คะแนน และคะแนนอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน การแปลผล ดังนี้

12.00–24.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาในระดับต่ำ

24.01–36.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาในระดับปานกลาง

36.01–48.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาในระดับสูง

ข้อคำถามความร่วมมือในการไปรับยา และการ
ใช้ยารายด้าน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1. ความร่วมมือรับประทานยาด้วยตนเอง
จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 32 คะแนน อยู่ระหว่าง 1–32
คะแนน การแปลผล ดังนี้

1.00–10.99 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาระดับต่ำ

11.00–21.99 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาระดับปานกลาง

22.00–32.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาระดับสูง

2. การใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา
ของแพทย์ จำนวน 4 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน อยู่
ระหว่าง 1–16 คะแนน การแปลผล ดังนี้

1.00–5.99 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือใช้
ยาระดับต่ำ

6.00–11.99 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือใช้
ยาระดับปานกลาง

12.00–16.00 คะแนน เท่ากับ ความร่วมมือ
ใช้ยาระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content
validity)** ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ไปตรวจสอบความ
ถูกต้องทางภาษา โดยวิธีการแปลและแปลย้อนกลับ
(back translation) จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตาม
ด้านเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม จำนวน 2 ท่าน อาจารย์
พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ
จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
ด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์จำนวน 1 ท่าน

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรังหลายโรคจำนวน 10 ราย แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้
เรื่องยา ค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20
(the Kuder–Richardson 20: KR–20) ได้ 0.81 สำหรับ
และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
alpha coefficient) ได้ 0.81 สำหรับแบบสัมภาษณ์
ความร่วมมือในการไปรับยาและการใช้ยา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ โครงการเลขที่ 2563–001 รหัสโครงการ
2563–EXP001 อนุมัติ เมื่อวันที่ 21 เดือนมกราคม พ.ศ.
2563 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์
สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ที่เข้าร่วมในการทำวิจัย โดย
การแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งขอความ
ร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่า
สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้
ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอ
ผลการวิจัยเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้
ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น เมื่อยินยอมเข้าร่วมใน
การศึกษา ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม
หรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และสาธารณสุข
อำเภอเมืองเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อกับ
ผู้อำนวยการหรือผู้รับผิดชอบแต่ละรพ.สต. จากนั้นสำรวจ
รายชื่อผู้ป่วย แล้วนำมาสุ่มตามจำนวนที่กำหนด คัดกรอง
ตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าคุณสมบัติไม่
ตรงตามที่กำหนดจะดำเนินการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่
เพื่อให้ได้จำนวนทั้งหมด 88 ราย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงนาม
ยินยอมในการทำวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ลงในแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย
ความรอบรู้เรื่องยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค และ
แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการไปรับยา และการใช้ยา
ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค โดยใช้เวลาประมาณ

30 นาที ในบ้านหรือสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย คะแนน ความรอบรู้เรื่องยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการหาค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Correlation analysis) ระหว่างความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยา โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความรอบรู้เรื่องยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้สถิติ โคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test [KS]) พบว่า คะแนนความรอบรู้เรื่องยามีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย สถิติสปีร์แมน (Spearman's rank correlation)

ระดับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ได้แก่

$r = 1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n=88)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		อาชีพปัจจุบัน	
ชาย	24 (27.30)	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	45 (51.14)
หญิง	64 (72.70)	รับจ้าง	28 (31.81)
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 69.63$, $SD = 7.84$)		ธุรกิจส่วนตัว	13 (14.77)
60-69	53 (60.23)	ข้าราชการ/พนักงานรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	2 (2.28)
70-79	19 (21.59)	รายได้ตนเองต่อเดือน (บาท)	
≥ 80	16 (18.18)	$\leq 2,475$	27 (30.70)
สถานภาพสมรส		2,476-5,000	26 (29.50)
โสด	4 (4.50)	5,001-10,000	25 (28.40)
คู่	51 (58.00)	$\geq 10,001$	10 (11.40)
หย่าร้าง/หม้าย	33 (37.50)	ลักษณะการอยู่อาศัย	
ระดับการศึกษา		อยู่กับบุตรและคู่สมรส	46 (52.27)
ไม่ได้เรียน	2 (2.27)	อยู่กับบุตร	17 (19.32)
ประถมศึกษา	65 (73.86)	อยู่กับบุตร หลาน	14 (15.91)
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	14 (15.91)	อยู่เพียงลำพัง	6 (6.82)
อนุปริญญา/เทียบเท่า	5 (5.69)	อยู่กับคู่สมรส	5 (5.68)
ปริญญาตรี	2 (2.27)		

$r = 0.70-0.99$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

$r = 0.30-0.69$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ใน

ระดับปานกลาง

$r = 0.01-0.29$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ใน

ระดับต่ำ

$r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 69.63 ปี ($SD = 7.84$) สถานภาพคู่ร้อยละ 58.00 จบระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 73.86 อาศัยอยู่กับบุตรและคู่สมรส ร้อยละ 52.27 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง 2 โรค ร้อยละ 64.77 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมัน ในเลือดสูงร้อยละ 39.80 และมีโรคเรื้อรัง 3 โรคร้อยละ 35.23 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ โรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุดร้อยละ 27.33 ได้รับยา ชนิดยารับประทาน ร้อยละ 95.50 จำนวนเม็ดยาต่อวัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n=88) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ *		ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค (ปี)	
บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล)	88 (100.00)	0 – 1	5 (5.70)
อินเทอร์เน็ต	20 (22.72)	2–5	14 (15.90)
โทรทัศน์	19 (21.60)	6–10	33 (37.50)
สื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือ วารสาร นิตยสาร)	15 (17.04)	11–20	19 (21.60)
โรคประจำตัว		≥ 21	17 (19.30)
จำนวน 2 โรค	57 (64.77)	ประเภทยาที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังหลายโรค *	
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง	35 (39.80)	ยาต้านทาน	84 (95.50)
โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง	9 (10.23)	ยาต้านทานและยาฉีด	3 (3.40)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	8 (9.10)	ยาต้านทานและยาพ่น	1 (1.10)
โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง	4 (4.50)	จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน	
โรคความดันโลหิตสูงและโรคซึมเศร้า	1 (1.14)	1–2	19 (21.60)
จำนวน 3 โรค	31 (35.23)	3–5	41 (46.60)
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง	24 (27.33)	6–10	22 (25.00)
โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหอบหืด	3 (3.40)	≥ 11	6 (6.80)
โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ	3 (3.40)	สิทธิการรักษา	
โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคพาร์กินสัน	1 (1.10)	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66 (75.00)
		สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15 (17.00)
		จ่ายเอง	4 (4.60)
		สิทธิประกันสังคม	3 (3.40)
		สถานบริการด้านสุขภาพที่ใช้ตามสิทธิ	
		โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลรัฐ	38 (43.20)
		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	30 (34.1)
		โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	9 (10.20)
		โรงพยาบาลเอกชน	9 (10.20)
		คลินิก	2 (2.30)

หมายเหตุ: * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคความรู้เรื่องยา พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องยาเท่ากับ 13.73 คะแนน (SD = 3.56) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.70 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในภาพรวมเท่ากับ 35.80 คะแนน (SD = 4.06) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.50

เมื่อจำแนกความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 2 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง เท่ากับ 24.05 คะแนน (SD = 3.60) อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.14) จากคะแนนเต็ม 32 คะแนน และค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ เท่ากับ 11.76 คะแนน (SD= 1.05) อยู่ในระดับปานกลาง จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนน จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยา
(n = 88)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน แบบสัมภาษณ์	ผลของช่วง คะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ ภาพรวม
ความรู้เรื่องยา	00.00-23.00	5.00- 20.00	7 (8.00)	49 (55.70)	32 (36.30)	13.73 (3.56)	ปานกลาง
ความร่วมมือในการใช้ยา	12.00-48.00	28.00-45.00	0	48 (54.50)	40 (45.50)	35.80 (4.06)	ปานกลาง
รับประทานยาด้วย ตนเอง	1.00 - 32.00	17.00-32.00	0	21 (23.86)	67 (76.14)	24.05 (3.60)	สูง
การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการ รักษาของแพทย์	1.00-16.00	9.00-13.00	0	40 (45.45)	48 (54.55)	11.76 (1.05)	ปานกลาง

ประมาณ 3-5 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 46.60 ดังตารางที่ 1
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยา
และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรค
พบว่า ความรู้เรื่องยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.555$, $p\text{-value} < 0.001$) และ
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยา (n = 88)

เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ความรู้เรื่องยามีความสัมพันธ์
เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง
อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.561$,
 $p\text{-value} < 0.001$) และความร่วมมือในการใช้ยาอย่าง
ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ อยู่ในระดับต่ำ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.280$, $p\text{-value} < 0.05$)

ความร่วมมือในการใช้ยา	r_s	ระดับความสัมพันธ์
ความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวม	0.555***	ปานกลาง
ความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง	0.561***	ปานกลาง
ความร่วมมือใช้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์	0.280**	ต่ำ

หมายเหตุ: ** $p\text{-value} < 0.05$, *** $p\text{-value} < 0.001$, r_s = spearman rank correlation

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากเนื้อหาบางข้ออาจมีความยาก ซึ่งจะต้องคิดวิเคราะห์และคำนวณเกี่ยวกับยา จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการตอบคำถามที่ถูกต้องได้

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องยาอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ คำนวณ และประมวลข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างไม่มากนัก ปัจจัยที่อาจส่งผลให้ความรู้เรื่องยาของกลุ่มตัวอย่างลดลง ได้แก่ ปัจจัยด้านการศึกษาซึ่งร้อยละ 73.86 ของกลุ่มตัวอย่างจบระดับประถมศึกษา

โดยสามารถอ่านออกเขียนได้ในสิ่งต่างๆ เช่น การอ่านฉลากยา แต่อาจจะยังไม่สามารถคิดวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความยากหรือซับซ้อน เช่น การคิดวิเคราะห์ถึงโอกาสเกิดอันตรายจากการได้รับยาหลายชนิด การตัดสินใจในการเลือกนำข้อมูลมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ร่วมกับอายุที่มากขึ้น ทำให้มีปัญหามองเห็นและการได้ยิน ทักษะทางปัญญาลดลง เป็นข้อจำกัดของการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยา หรือการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ นอกจากนั้นปัจจัยด้านการได้รับยาหลายขนาน ได้รับยาตั้งแต่ 3-5 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 78.40 ของกลุ่มตัวอย่างมักเกิดความซับซ้อนเกี่ยวกับขนาดยา วิธีการใช้ยา ความแตกต่างทั้งในรูปแบบ

ตารางที่ 3

ยารับประทาน ยาฉีด หรือยาพ่น นอกจากนั้นอาจเป็นปัจจัยด้านระบบสุขภาพทำให้ผู้ให้บริการมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเอกสาร เช่น ใบกำกับยา ข้อมูลบนซองยา ที่มีขนาดตัวอักษรเล็ก และบางครั้งใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจหรืออ่านลำบาก ดังข้อมูลจากการศึกษาของมาร์เกตา มาร์วาโนวา และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับความเข้าใจในการใช้ยาในผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า จำนวนยาตามใบสั่งแพทย์ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับคะแนนความเข้าใจในการใช้ยาที่ลดลง แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลให้ความรอบรู้เรื่องยาอยู่ในระดับดี จากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 58 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 52.27 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับยา โดยเฉพาะบุตรหรือหลานที่เข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารได้ดี และแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับยาให้ทราบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้เรื่องยาดีขึ้น ดังการศึกษาของเฟิง เจิ้ง และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาสถานะความรู้เรื่องยาของผู้ป่วยนอกในสถานพักฟื้น เมืองฉางชา ประเทศจีนพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องยา

ความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวม และความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ในการศึกษานี้พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น สมาชิกครอบครัวจะคอยช่วยเหลือเตือน กระตุ้นให้รับประทานยาหรือใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ พาไปรับการรักษาและรับยาตามนัด ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคสามารถใช้ยาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์¹⁴ นอกจากนั้นผู้สูงอายุทุกคนได้รับข้อมูลถูกต้องจากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และวิธีการใช้ยา ดังการศึกษาของสติตร์ รุงส์วาล์²⁰ ได้ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรับรู้โอกาสเสี่ยง ทราบความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์ของยา

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนาน โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตั้งแต่ 3 เม็ดขึ้นไปต่อวัน (ร้อยละ 78.40) อาจเกิดปัญหาจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น จดจำผิดหรือสับสนเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา อาจทำให้ใช้ยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินิตดา ตรุณถนอม และคณะ²¹ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เกี่ยวกับการตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยาสูงถึงร้อยละ 90.30

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยากับความร่วมมือในการใช้ยา พบความสัมพันธ์ทางบวกทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยความร่วมมือรับประทานยาด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคมีความรอบรู้เรื่องยาในระดับที่ดี ย่อมส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับที่ดีด้วยเช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาจากแหล่งต่างๆ จะช่วยทำให้มีองค์ความรู้ ประกอบการตัดสินใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากข้อมูลการใช้ยามีความซับซ้อน และเฉพาะเจาะจงที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้ความรู้หรือทักษะที่มีอยู่เดิมมาช่วยให้เข้าใจข้อมูลยาได้ จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้ใหม่และความสามารถในการเข้าใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่มีหลายขนานและหลายวิธีได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เช่นเดียวกับความสามารถด้านการคำนวณนับเม็ดยาหรือจำนวนเม็ดยา เพื่อวางแผนในการไปรับยาก่อนกำหนด รวมทั้งทักษะการประมวลผลข้อมูลการใช้ยา เพื่อสามารถป้องกัน แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชวงเจียว ซือ และคณะ¹⁶ ประเทศจีนพบว่า ความรอบรู้เรื่องยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่ยั้น หมิง วอง และคณะ²² พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้เรื่องยา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับยาได้ทั้งหมด เนื่องจากเนื้อหาที่มีความยากในการทำความเข้าใจถึงวิธีการใช้ข้อควรปฏิบัติข้อระวัง และอาจขาดการแสวงหาข้อมูล และแหล่งสนับสนุนเพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาค้นคว้ายังพบข้อจำกัดของผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถตอบคำถามได้เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และคำนวณ อีกทั้งยังพบว่าการอ่านฉลากยากค่อนข้างลำบาก เนื่องจากตัวหนังสือที่มีขนาดเล็ก การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาอย่างไม่เพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ควรใช้เวลาในการอธิบายข้อมูลการใช้ที่สำคัญ ร่วมกับทบทวนข้อมูลเหล่านั้นกับผู้สูงอายุอีกครั้งก่อนจำหน่าย สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีในการใช้ยาของผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากระยะเวลาในการรอใช้บริการค่อนข้างนาน จึงเป็นข้อจำกัดของสมาชิกบางครอบครัวที่ต้องไปทำงาน จำนวนผู้ดูแลไม่เพียงพอ หรือระยะทางในการเข้ารับบริการค่อนข้างไกล ทำให้บางครั้งไม่สามารถไปส่งผู้สูงอายุตามแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้าต่อไปควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น เช่น ความรู้เรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นต้น ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่รับยาหลายขนาดและหลายโรค และปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีหลายโรคร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev* 2013 Jan 31; 35(1): 75–83. doi: 10.1093/epirev/mxs009. PMID: 23372025.
2. Quah JH, Wang P, Ng RR, Luo N, Tan NC. Health-related quality of life of older Asian patients with multimorbidity in primary care in a developed nation. *Geriatr Gerontol Int* 2016 Aug 31; 17(10): 1429–37. doi: 10.1111/ggi.12881. PMID: 27576513.
3. Bua-iam P, Jareinpituk S, Siri S, Satitvipawee P. Prevalence and associated factors with multimorbidity among the elderly in Sriprachan District, Suphanburi Province. Prevalence and associated factors with multimorbidity among the elderly in Sriprachan District, Suphanburi Province. Health literacy for Sustainable Development Goal: Human Resource Development 2018; 2018 May 31–Jun 1; MUPH, Thailand. Bangkok; 2018. (in Thai)
4. Anurung S. Multimorbidity in older persons: Situation, challenge issues, and care management. *CUNS* 2560; 29(2): 1–14. (in Thai)
5. Buja A, Claus M, Perin L, Rivera M, Corti MC, Avossa F, et al. Multimorbidity patterns in high-need, high-cost elderly patients. *PloS one* 2018 Dec 17; 13(12): 1–15. doi: 10.1371/journal.pone.0208875. PMID: 30557384.
6. Zhang R, Lu Y, Shi L, Zhang S, Chang F. Prevalence and patterns of multimorbidity among the elderly in China: A cross-sectional study using national survey data. *BMJ open* 2019 Aug 18; 9(8): 1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024268.
7. Oni T, Youngblood E, Boule A, McGrath N, Wilkinson RJ, Levitt NS. Patterns of HIV, TB, and non-communicable disease multi-morbidity in peri-urban South Africa –across sectional study. *BMC infectious diseases* 2015 Dec; 15(1): 1–8. doi:

- 10.1186/s12879-015-0750-1.
8. Pengpid S, Peltzer K. Multimorbidity in chronic conditions: Public primary care patients in four Greater Mekong countries. *Int J Environ Res Public Health* 2017 Sep 6; 14(9): 10–9. doi: 10.3390/ijerph14091019. PMID: 28878150.
9. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *ISPOR* 2009; 12(1): 118–23. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x. PMID: 19911444.
10. Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Polypharmac. Medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple non-communicable diseases in Thai primary care. *Fam Med Prim Care Rev* 2017 Sep 25; 19(4): 412–6. doi: 10.5114/fmpcr.2017.70818.
11. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, et.al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs & aging* 2014 Apr; 31(4): 283–9. doi: 10.1007/s40266-014-0163-7. PMID: 24604085.
12. Kaur RJ. Elderly and medication non-adherence. *JIAG* 2019 Mar; 15(1): 1–2.
13. Horvat N, Vidic L, Kos M. Development and content validation of medication literacy assessment questionnaire [internet]. 2017 [cited 2019 Feb 1]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316877942_Development_and_content_validation_of_Medication_Literacy_Assessmen_Questionnaire.
14. Rattanakitiro P, Puengchompoo W, Nanasilp P. Factors related to medication adherence in elderly with hemodialysis [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2017. (in Thai)
15. Ma G, Luo A, Shen Z, Duan Y, Shi S, Zhong Z. The status of medication literacy and associated factors of hypertensive patients in China: A cross-sectional study. *Intern Emerg Med* 2019 Oct 24; 15(3): 409–19. doi: 10.1007/s11739-019-02187-0. PMID: 31650433.
16. Shi S, Shen Z, Duan Y, Ding S, Zhong Z. Association between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Frontiers in pharmacology* 2019 July 19; 10(822): 1–12. doi: 10.3389/fphar.2019.00822. PMID: 31396088.
17. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1–765.
18. Marvanova M, Roumie CL, Eden SK, Cawthon C, Schnipper JL, Kripalani S. Health literacy and medication understanding among hospitalized adults. *J Hosp Med* 2011 Nov; 6(9): 488–93. doi: 10.1002/jhm.925. PMID: 22042745
19. Zheng F, Ding S, Luo A, Zhong Z, Duan Y, Shen Z. Medication literacy status of outpatients in ambulatory care settings in Changsha, China. *J Int Med Res* 2017 Jan 12; 45(1): 303–9. doi: 10.1177/0300060516676726. PMID: 28222647.
20. Rungsawang S. Factors related to polypharmacy medication adherence among older person with chronic illness. *JNSU* 2017; 18(35): 6–23. (in Thai)
21. Darunthanom W, Utaipiboon C, Tangchitphisut P. Medication use adherence and behaviors among elderly patients with chronic diseases in Tambom HUA NGOM, Phan district, Chiang Rai Province. *CMJ* 2019; 11(1): 19–27. (in Thai)
22. Huang YM, Shiyanbola OO, Smith PD. Association of health literacy and medication self-efficacy with medication adherence and diabetes control. *Patient Prefer Adherence* 2018 May 10; 12: 793–802. doi: 10.2147/PPA.S153312. PMID: 29785094.

พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดโควิด 19 อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

นัตยา ปริกัมศีล, วท.ม.*

นงลักษณ์ บรรณพตสุวรรณ, พย.ม.

จรินทร์ พวกยะ, พย.ม.

เบญจวรรณ ชีวะะพันธ์, วท.ม.

โรงพยาบาลโพธาราม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากร 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากร

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 หน่วยงาน คือ โรงพยาบาลโพธาราม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม และโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 114 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การทดสอบค่าที (t-test) วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และ Correlation ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ภาพรวมมากกว่าร้อยละ 80 ถึง ร้อยละ 62.3 ($\bar{X} = 12.87$, $SD = 1.41$), มีทัศนคติในระดับมาก ($\bar{X} = 1.57$, $SD = 0.29$) และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.53$) 2) เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอโพธาราม เมื่อจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่ง และหน่วยงานพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ทักษะเชิงบวก ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมความตระหนัก ทักษะแก่บุคลากรอยู่เสมอ

คำสำคัญ: ความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, พฤติกรรม, การระบาดโควิด 19

Received: 10/02/2564

Revised: 20/04/2564

Accepted: 11/08/2565

* นัตยา ปริกัมศีล ผู้รับผิดชอบบทความ

วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2565; 16(2): 37-47

Safety Behavior in Respiratory Tract Infection Prevention of Healthcare Workers during the Epidemic of COVID-19 at Potharam district, Ratchaburi province

Nattaya Parikumsil, M.Sc.*

Nongluck Bunpotsuwan, M.N.S.

Jarin Puakya, M.N.S.

Benjawan Cheewayapun, M.Sc.

Photharam Hospital

ABSTRACT

The purpose of this research is 1) to study the education level, attitude, and safety behavior in respiratory tract infection prevention of healthcare workers 2) to compare the safety behavior in respiratory tract infection prevention on service classified by individual factors, and 3) to study in the relationship between education level and attitude of safety behavior in respiratory tract infection prevention and the actual practice of healthcare workers.

The sample population is 114 of physicians, registered nurses, healthcare technical officers caring COVID-19 infected cases the working at Potharam hospital, Potharam District Health Office, Chet-Samian Hospital, in Potharam district. The study data was collected by using questionnaires consist of demographic data, education level, attitude, and safety conduct in respiratory tract infection prevention. Percentage, mean, standard deviation, t-test, and one-way ANOVA was applied to analyze the collected data. The study results are 1) 62.3% of the healthcare workers have archived more than 80% high Education level ($\bar{X} = 12.87$, SD = 1.41), attitude, and safety behavior in the Percentage of range to high level, respectively ($\bar{X} = 1.57$, SD = 0.29), ($\bar{X} = 3.24$, SD = 0.53) 2) Gender, age, education level, work service length, position, and division did not have statistical significantly difference in safety behavior 3) The attitudes had positive statistical significantly correlated with safety behaviors in healthcare staff in Photharam ($p - value < 0.01$)

The research results are used to promote and support all healthcare staff in order to raise awareness and attitude in safety practice to prevent the respiratory infection.

Key words: *Safety in Prevention of Respiratory Infection, Behavior, Spread of COVID-19*

*Corresponding Author: Nattaya Parikumsil

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus² (SARS-CoV-2) ขององค์การอนามัยโลกที่มีการแจ้งเตือนเมื่อเดือนธันวาคม 2562 เริ่มจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนนั้น ได้มีการแพร่ระบาดไปยังประเทศอื่นๆ ทุกทวีป ทั่วโลก พบผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อรวม 7,193,438 ราย และมีผู้เสียชีวิตรวม 408,613 ราย ภายระยะเวลาอันสั้น¹ สำหรับประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยยืนยัน 3,121 ราย และ เสียชีวิต 58 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2563) 2 ในจังหวัดราชบุรี พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อก่อโรค COVID-19 จำนวน 8 ราย (10 มิถุนายน พ.ศ. 2563) และมีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย สำหรับอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเฝ้าระวัง 65 ราย ไม่พบผู้ป่วยยืนยัน³ ซึ่งอัตราการระบาดแบบเท่าตัวและมี super spreader ในบางประเทศ โดยที่เชื้อ SARS-CoV-2 ก่อโรคปอดอักเสบ สามารถทำให้เกิดระบบหายใจล้มเหลวได้ ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 3.4¹ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มความรุนแรง เชื่อสามารถแพร่จากคนสู่คนได้ วัคซีนอยู่ในระหว่างการพัฒนา¹ และยาต้านไวรัส เฉพาะเพื่อป้องกันและรักษาโรค COVID-19

จากสถานการณ์ของโรคระบาด COVID-19 ในระลอกที่ 1 ทีมโรงพยาบาลโพธารามได้ลงสู่ประเมินการปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลาได้แก่ ช่วงการระบาดช่วงที่ 1 (มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563) พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดถึงร้อยละ 94.5 ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2563 พบว่าเจ้าหน้าที่เริ่มปฏิบัติตามลดลงเหลือเพียงร้อยละ 74.6 ซึ่งทีมผู้บริหารโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรภายในโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทีมดูแลความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และงานป้องกันการติดเชื้อ ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงทบทวนวรรณกรรม สาเหตุสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย

ที่ลดลง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่ง หน่วยงาน ทักษะคติของผู้ปฏิบัติงานต่อการปฏิบัติตามในการป้องกันตนเอง ระดับการศึกษาและความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง^{4,5} ดังนั้นการสร้างเสริมความปลอดภัยที่ตัวบุคลากรให้มีความรู้และทัศนคติในด้านความปลอดภัยที่ดีจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานที่ปลอดภัยของ บุคลากร^{6,7} ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากร และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ตามนโยบายระดับกระทรวงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่กำลังระบาดในขณะที่ปฏิบัติงานในกลุ่มเสี่ยงสูงที่สัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่อำเภอโพธาราม โดยมุ่งประเด็นการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสัมผัสผู้ป่วย ตลอดจนความรู้ด้านความปลอดภัย และทัศนคติด้านความปลอดภัยว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในขณะปฏิบัติงานตามนโยบาย Patients and Personal Safety อย่างไร เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เพื่อจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการของโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรที่ต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ความรู้ และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรในการปฏิบัติงานของบุคลากร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากร ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร คือ บุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในอำเภอโพธาราม จำนวน 3 หน่วยงานหลัก คือ โรงพยาบาลโพธารามแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ที่ลงพื้นที่สอบสวนโรค พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 159 คน

2. ขอบเขตด้านสถานที่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอโพธาราม

3. ตัวแปรอิสระ

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการทำงาน และหน่วยงาน

3.2 ความรู้ด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

3.3 ทักษะด้านความปลอดภัยในการป้องกัน

การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

4. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในอำเภอโพธาราม จำนวน 3 หน่วยงานหลัก คือ โรงพยาบาลโพธารามแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, หอผู้ป่วยหนัก, หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่ลงพื้นที่สอบสวนโรค พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 114 คน ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตร Taro Yamane ใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ร้อยละ 5 โดยเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ของหน่วยงานภายในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โพธาราม จำนวน 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง และหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินความรู้เรื่องความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1986)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จำนวน 13 ข้อ

2. แบบทดสอบความรู้ด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อ

ระบบทางเดินหายใจและแบบสัมภาษณ์ทัศนคติด้านความปลอดภัยของบุคลากร ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha- Coefficient) ในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้ด้านความปลอดภัย = 0.79 ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์ทัศนคติด้านความปลอดภัย = 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการสัมภาษณ์แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในอำเภอโพธาราม จำนวน 3 หน่วยงานหลัก คือ โรงพยาบาลโพธารามแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, หอผู้ป่วยหนัก, หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่ลงพื้นที่สอบสวนโรค พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 114 ชุด ตามที่คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ โดยผ่านคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลโพธาราม EOC/3-2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในอำเภอโพธาราม จำนวน 3 หน่วยงานหลัก ใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในอำเภอโพธาราม จำนวน 3 หน่วยงานหลัก

โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบค่าที (t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance)

ผลการวิจัย

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 114 คนนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.4 อายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 86.0 มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่เกิน 10 ปี ร้อยละ 31.6 ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 85.1 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพธาราม ร้อยละ 56.1

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรสาธารณสุข ในอำเภอโพธาราม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 62.3 ระดับค่าเฉลี่ยรายบุคคลที่ตอบถูก คือ 12.87 คะแนน (ระดับคะแนนต่ำสุดคือ 9 คะแนน ระดับคะแนนสูงสุดคือ 16 คะแนน) ข้อคำถามที่ถูกต้องมากที่สุด คือ เรื่องการใส่เครื่องป้องกัน ข้อ 1. การใส่-ถอด PPE อย่างถูกต้องเหมาะสมกับงาน ทำให้เกิดความปลอดภัย และข้อ 2. การล้างมือ 7 ขั้นตอน ก่อนใส่และหลังการถอดอุปกรณ์ PPE ตอบถูกมากที่สุดคือ ร้อยละ 97.4 และในเรื่องการทำความสะอาด ข้อที่ 7. การทำความสะอาดมือ สามารถใช้ 70% alcohol หรือน้ำสบู่ได้ ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 97.4 รองลงมาคือเรื่องการจัดการขยะคือ ข้อ 13. ขยะสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อหรือผู้สงสัยติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) เป็นขยะติดเชื้อ ร้อยละ 95.6 ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การทำความสะอาดอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม ข้อที่ 10. การกำหนดพื้นที่สะอาด ปนเปื้อน สกปรก ไม่ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ ตอบถูกต้องเพียง ร้อยละ 23.7 และข้อที่ 6. การทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสสามารถใช้ 70% alcohol ตอบถูกต้องร้อยละ 41.2 กลุ่มการนำอุปกรณ์มาใช้ซ้ำ

(หน้ากากอนามัย/PPE) ข้อที่ 16. N95 ไม่สามารถนำมาใช้ซ้ำแต่ถ้าไม่มีการปนเปื้อนสามารถใช้ซ้ำได้ ตอบถูกต้องร้อยละ 56.1 ในกลุ่มการทำความสะอาด ข้อที่ 4. การล้างมือตามหลัก 5 Moments ต้องใช้คู่กับ 70% alcohol เท่านั้น จึงจะฆ่าเชื้อ COVID-19 ได้ ตอบถูกต้องร้อยละ 64.9

3. ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอโพธาราม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติอยู่ในระดับมากเช่นกัน ข้อที่มีระดับทัศนคติสูงที่สุด (เป็นค่าถามเชิงลบ) คือ ข้อ 9. การทำหัตถการกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อไม่ต้องใส่เครื่องป้องกันก็ได้ ($\bar{X} = 1.88, SD = 0.38$) ข้อที่ 7. การทำงานไม่ถูกวิธี ไม่ถูกขั้นตอน ขาดความรู้ไม่มีผลต่อการเกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ($\bar{X} = 1.75, SD = 0.62$) ข้อที่ 4. เครื่องป้องกัน เช่น Mask ไม่ต้องพอดีกับหมวกมีประสิทธิภาพต่อการทำงาน ($\bar{X} = 1.74, SD = 0.65$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง คือ ข้อ 1. การรับวัคซีนต่างๆ ตามที่หน่วยงานกำหนดช่วยลดความเสี่ยงติดเชื้อ ($\bar{X} = 1.31, SD = 0.61$) ในหัวข้อความพร้อมในการทำงาน และ ข้อ 5. การทำงานอย่างมีสมรรถนะไม่ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ($\bar{X} = 1.39, SD = 0.56$)

4. ผลการวิเคราะห์ระดับระดับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอโพธาราม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.24,$

$SD = 0.53$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดอยู่ในกลุ่มการใส่-ถอดเครื่องป้องกันร่างกาย ได้แก่ ข้อที่ 4. เมื่อใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายแล้วผู้ป่วยสามารถเดินไปไหนก็ได้ ($\bar{X} = 3.74, SD = 0.86$) ข้อที่ 5. สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายทุกครั้งเมื่อต้องปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อตามลักษณะงานและการถอดระมัดระวังเรื่องการแพร่กระจายเชื้อ ($\bar{X} = 3.68, SD = 0.77$) และ ข้อที่ 8. การใส่ถุงมือป้องกันการติดเชื้อโดยการสัมผัสไม่จำเป็นต้องล้างมือ ($\bar{X} = 3.51, SD = 1.05$) ถึงแม้จะเป็นคำถามเชิงลบ ส่วนระดับพฤติกรรมที่อยู่ในระดับมากมี 4 ข้อ ได้แก่ กลุ่มความพร้อมในการทำงาน ข้อที่ 12. การพักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนการปฏิบัติงานในหน่วยงานอยู่ในระดับค่าเฉลี่ยที่น้อยกว่า ($\bar{X} = 2.57, SD = 1.03$) และ ข้อที่ 10. ทำานอาบน้ำเมื่อสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อหลังเลิกงานก่อนกลับบ้าน อยู่ในระดับค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.58, SD = 1.36$)

5. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอโพธาราม เมื่อจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่ง และหน่วยงาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19

6. ผลการวิเคราะห์พบว่าทัศนคติด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (X_2) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Y)

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (X_1) และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (X_2) กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Y) ของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอโพธาราม

ตัวแปร	X_1	X_2	Y
X_1 (ความรู้ด้านความปลอดภัย)	1.00		
X_2 (ทัศนคติด้านความปลอดภัย)	.291**	1.00	
Y (พฤติกรรมด้านความปลอดภัย)	.116	.274**	1.00

** $p < 0.01$

ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ในอำเภอโพธารามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.01$ ($r = 0.274$) แต่ความรู้ด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (X1) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Y) ดังแสดงในตารางที่ 1

อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบว่าค่าเฉลี่ยรวมการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 62.3 ซึ่งเนื่องมาจากโรงพยาบาลโพธารามมีการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยด้านผู้ป่วยและบุคลากรที่ชัดเจน มีการประชุมชี้แจงทุกหน่วยอย่างต่อเนื่อง และระดับผู้บริหารเน้นการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ด้านความปลอดภัยสื่อสารและอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติ ส่งเสริมการจัดการอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้แก่บุคลากรมีการกำกับติดตามประเมินความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดการแพร่กระจาย ของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโควิด 19) ซึ่งสอดคล้องกับ จิรัญญา บุญรอดรักษ์ และคณะ (2562)⁸ ได้ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของสุนทร บุญบำเรอ (2557)⁶ ได้ศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

2. ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอโพธารามโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติด้านความปลอดภัยระดับมากเช่นกัน ซึ่งอาจมีผลมาจากนโยบาย

ด้านความปลอดภัยด้านบุคลากรที่มีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องและเป็นช่วงมีการระบาดของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อใหม่ไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ ส่งผลทำให้เกิดความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับ จิรัญญา บุญรอดรักษ์ และคณะ (2562)⁸ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยและของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในงานของบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีระดับสูง และ สอดคล้องกับการศึกษาของปริศนา ทองอรัณและคณะ (2560)⁹ ได้ศึกษาระบบการจัดการความปลอดภัยในการทำงานสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยราชบุรี ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพบว่าทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชบุรีอยู่ในระดับสูง

3. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอโพธารามพบว่า ภาพรวมพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด และทั้ง 3 หน่วยงานมีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงที่สุดคือ กลุ่มการใส่-ถอดเครื่องป้องกันร่างกาย ดังนั้น นอกจากการมีนโยบายที่ชัดเจน การส่งเสริมการฝึกใส่และถอดอุปกรณ์ยังจำเป็นต้องมีสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันร่างกายให้เพียงพอและมีพื้นที่ในการจัดเก็บ ถอดอุปกรณ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของปริศนา ทองอรัณและคณะ (2560)⁹ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง การที่พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานสำหรับพยาบาลอยู่ในระดับสูงนั้น ประกอบไปด้วย การที่หน่วยงานจัดการฝึกอบรมและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และจากการศึกษาของ Jonathan Schwartz และคณะ (2020)¹⁰ ศึกษาการทำงานของเจ้าหน้าที่ในประเทศจีน และประเทศไต้หวันพบว่า พฤติกรรมความปลอดภัยของ

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูงในช่วงการระบาดของโควิด 19 นั้น มีผลมาจากการที่โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรการที่ชัดเจนในการทำงาน มีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และมีการจัดการด้านอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่เพียงพอ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยเฉพาะกำหนดพื้นที่การทำงานที่เหมาะสม

4. เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอโพธาราม เมื่อจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่ง และหน่วยงาน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเนื่องมาจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจโดยตรง (โดยเฉพาะช่วงโควิด 19) และทั้ง 3 หน่วยงานหลักมีการจัดอบรมและสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองฝึกในการรับผู้ป่วย รวมทั้งโรคดังกล่าวยังไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ ดังนั้นอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคลากรทุกทีม นอกจากนั้นทุกทีมทำงานตามนโยบายในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อในระเบียบปฏิบัติของรัฐบาล จึงทำให้เกิดความตระหนักในการป้องกันร่างกายเป็นพื้นฐาน และโรงพยาบาลยังมีการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ป้องกันอย่างเหมาะสม นอกจากนั้นยังมีการสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องถึงสถานการณ์การระบาดและข้อกำหนดต่าง ๆ ของทีม ทำให้ไม่พบความแตกต่างของปัจจัยรายบุคคล ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นาทยา ประสานสงฆ์ (2559)¹¹ ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของพนักงานเก็บขนมูลฝอย สำนักงานเขตคลองเตย พบว่า อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาการทำงาน ระดับการศึกษา สถานภาพ ไม่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช เหลืองวุธธา (2557)¹² ศึกษาการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงานบริษัท คอทโก้ เมททอลเวอร์คส์ จำกัด จังหวัดระยอง พบว่า เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งงาน อายุงาน

ประสบการณ์ทำงานต่างกันพฤติกรรมความปลอดภัยไม่ต่างกัน

5. จากผลการวิจัยพบว่า ทักษะจิตด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (X2) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Y) ในการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข ในอำเภอโพธารามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.01$ แสดงว่าทักษะจิตการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อของทีมนักวิชาการทั้ง 3 หน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของธวัช เหลืองวุธธา (2557)¹² ได้ศึกษาทัศนคติในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงานพบว่า ถ้าทัศนคติการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมที่ต่างกันในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Lan Song et al. (2020)¹³ ได้ศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 แล้วมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อ, การมีแผลกดทับ ฯลฯ มีปัจจัยมาจากทัศนคติในการใช้ใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายเป็นอย่างดีมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร และคณะ (2562)¹⁴ ที่ได้ศึกษาเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลใน โรงพยาบาลของรัฐ และเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐแต่ละระดับ ผลการศึกษาพบว่าปรับทัศนคติในการจัดการความปลอดภัยในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพโดยการทำเป็นวัฒนธรรมองค์กรส่งผลต่อพฤติกรรมในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นการส่งเสริมทัศนคติที่ดีด้านความปลอดภัยในการทำงานในบุคลากรทุกระดับ ส่งผลเชิงบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานได้อ้างจากแนวคิดของ ธงชัย สันติวงษ์ เรื่องทัศนคติเชิงบวกหรือทัศนคติที่ดีเป็นทัศนคติที่ชักนำไปสู่บุคคลแสดงออกถึงความรู้สึกอารมณ์จากสภาพจิตใจได้ตอบในด้านที่ดีต่อบุคคลอื่น และพฤติกรรมที่ดีในการทำงาน ทัศนคติ เป็นความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก และแนวโน้มในการแสดงออกทัศนคติ จะเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องมีส่วนเร้าใด ๆ มาเร้าและเกิดการเรียนรู้จนเป็นภาวะที่คงทนต่อจิตใจ

ของบุคคลนั้น ในเรื่องนั้น ๆ (สุรางค์ไคว้ตระกูล (2559)¹⁵ และจากแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2556)¹⁶ กล่าวว่า ทศนคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา ซึ่งทศนคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และ ประสบการณ์ที่เคยได้รับ เชื่อกันว่า การปฏิบัติหรือ พฤติกรรมที่แสดงออกกับทศนคติต่างมีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกัน หรือมีผลซึ่งกันและกัน ทศนคติที่มีผลต่อ การแสดงออกของพฤติกรรมบุคคลและขณะเดียวกัน พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลมีผลต่อทศนคติของ บุคคลนั้นด้วย ดังนั้นการส่งเสริมทศนคติเชิงบวกต่อทีม จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการ ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

6. จากผลการวิจัย ความรู้ด้านความปลอดภัย ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการป้องกันการ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Jonathan Schwartz และคณะ (2020)¹⁰ ได้ศึกษา บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศจีน และประเทศไต้หวันพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน แต่การจัดการ ความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสมจะส่งผลต่อ พฤติกรรมความปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษา ของ นัตยา ประสานสงฆ์ (2559)¹¹ ได้ศึกษาเรื่องความ รู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานที่มี ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย สำนักงานเขตคลองเตย พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ผลการวิจัยพบว่า ทศนคติด้านความ ปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้าน ความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นทีมต้องสร้างทศนคติที่ดี ในด้านความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบ

ทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อคำถามด้านทศนคติ ที่มีค่าเฉลี่ยทศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คือ ข้อ 1. ท่านคิดว่าการรับวัคซีนต่าง ๆ ตามที่หน่วยงานกำหนดช่วย ลดความเสี่ยงติดเชื้อ ($\bar{X} = 1.31$) ในหัวข้อความพร้อม ในการทำงาน และ ข้อ 5. ท่านคิดว่าทำงานอย่างมีสมาธิ ไม่หยุกหยิกกันช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ($\bar{X} = 1.39$) ในหัวข้อความตระหนักในการทำงานเพื่อให้เกิด พฤติกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น โรงพยาบาลโพธาราม ควรสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนทศนคติ มีพัฒนา แนวทางการทำงานดังต่อไปนี้

1) จัดทำคู่มือความปลอดภัยใน การทำงานมีการระบุวัคซีนที่จำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่ และ ติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยงานอย่าง สม่าเสมอ สร้างเป็นภาพรวมการปฏิบัติขององค์กรโดยมี ผู้บริหารเป็นต้นแบบในการปฏิบัติ ได้แก่ การรับวัคซีน การล้างมือ การใส่อุปกรณ์ป้องกัน เพื่อส่งเสริม ด้านพฤติกรรมความปลอดภัยของบุคลากร

2) กำหนดแผนการนิเทศของทีม ทางโรงพยาบาลในการสอนพนักงานและประเมิน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจด้วย กลยุทธ์เชิงบวก

3) สร้างทศนคติที่เป็นตัวอย่างที่ดีใน องค์กรลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการปลูกฝังความรู้ สร้าง ความตระหนักพนักงานด้านความปลอดภัยในการทำงาน ด้วยการส่งเสริมความรู้อย่างต่อเนื่อง เน้นย้ำสม่ำเสมอ จึงถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยควบคุมให้คนเกิด พฤติกรรมที่ปลอดภัยได้

1.2 จากผลการวิจัยด้านพฤติกรรมความ ปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ของบุคลากรตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอ โพธาราม ซึ่งในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดก็ตาม แต่ยังพบว่า บางหน่วยงานได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยนอก มีระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจของบุคลากรน้อยกว่าหน่วยงานอื่น ดังนั้น ควรเน้นเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานนี้ก่อน และจัดการสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอ

ส่วนหน่วยงานอื่นยังคงต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) ทบทวนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากใน
ขณะปฏิบัติงานของบุคลากร

2) กำหนดมาตรการเรื่องการรับ
วัคซีนในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

3) การทบทวนเหตุการณ์เมื่อเกิด
ความผิดพลาด เกิดความเสี่ยงต่อบุคลากรในการปฏิบัติงาน
และปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติงานให้เกิดความปลอดภัย
มากที่สุด

4) บุคลากรมีโอกาสได้รับบาดเจ็บ
จากอุบัติเหตุในการทำงานได้ง่าย เนื่องจากการต้อง
ปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ ภาระงานมาก เพื่อพัฒนาให้
พยาบาลวิชาชีพ มีทัศนคติในเรื่องนี้ดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้
บุคลากร มีความเข้าใจเรื่องผลของความเครียดมากขึ้น ดังนั้น
คณะกรรมการปฏิรูปสาธารณสุขอำเภอโพธาราม จึงควร
ดำเนินการในทุกหน่วยงานอย่างต่อเนื่องให้เกิดความยั่งยืน

5) ผู้บริหารควรสนับสนุนอุปกรณ์
ป้องกันให้เพียงพอ และส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึง
โอกาสที่อาจเกิดการบาดเจ็บในการทำงาน มีส่วนร่วมใน
การแก้ไขปัญหา และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพหรือ
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมโดยผสมผสานเรื่องแรงจูงใจ/ทัศนคติ ใน
การปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม

2.2 ควรขยายงานวิจัยไปยังบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ
ในโรงพยาบาลโพธาราม และขยายไปยังกลุ่มบุคลากร
อื่นๆ ในโรงพยาบาลอื่นๆในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Novel coronavirus:
China [Internet]. 2020. [Cited 2020 Apr 15].
Available from: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>.

2. Bureau of Epidemiology, department of disease
control, Ministry of Public Health. Situation of
Novel coronavirus (COVID-19) [internet]. 2020
[Cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php/10-May-2020>. (in Thai)

3. Photharam hospital. Caring for patients guidelines
for managing patients with COVID-19 in the Photharam
hospital 2020: Incident Command System committee
of Photharam hospital. Ratchaburi: Photharam
hospital; 2020. (in Thai)

4. Junsukon E., Kpracha A. the effectiveness of
an empowerment program towards self-care
competency among community dwelling elders.
PSRU J Science Tech. 2017; 2(1): 24-34. (in Thai)

5. Pongpumma L, Himanunto S. Knowledge and self
care behavior among type 2 diabetes living in Bangsai,
Maung, Chonburi, Chonburi Province. J HCU.
2017; 20(40) :67-76. (in Thai)

6. Boonbamroe S. Work Safety Behaviors of Nurse
in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon
Ratchasima. J Boromarajonani College of Nursing,
Nakhonratchasima 2014; 20 (2): 83-91. (in Thai)

7. Department of medical services, Ministry of Public
Health. Operational guidelines for service modification
in the covid-19 outbreak situation [Internet]. 2020.
[Cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia//10-Apr-2020>.
(in Thai)

8. Bunrodru J. Factors predicting patient safety
competence of professional nurse in community
hospitals, Chon Buri Province. Royal Thai Navy
Med. J.2019; 46(3): 552-65. (in Thai)

9. Thongaram P, Thungjaroenkul P, Nuntsupawat A.
Work Safety Management System for Nurses:
A Case Study of Maharaj Nakorn Chiang Mai

- Hospital. Nursing hos. 2017; 44(3); 134-43. (in Thai)
10. Schwartz J, King CC, Yen MY. Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak: Lessons From Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. Clin Infect Dis. 2020 Jul 28; 71(15): 858-860. doi: 10.1093/cid/ciaa255.
11. Prasansong N. Knowledge of occupational health and safety in work of the garbage collector Klongtoey District Office Bangkok [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai)
12. Laungwasutha T. Knowledge, Attitudes and Safety Practices in the Workplace of Employees a Case Study of Cotco Metalworks Co, Ltd, Rayong Province [dissertation]. Bangkok: National Institute of Development Administration, NIDA; 2014. (in Thai)
13. Lan J, Song Z, Miao X, et al. Skin damage among health care workers managing coronavirus disease -2019. J Am Acad Dermatol. 2020; 82: (5); 1215-1216.
14. Santiprasitkul S, Junlapeeya P, Boonyapak P, Srimanthayamas V. Patient Safety Culture: Perception of State Hospital Nurses. J Royal Thai Army Nurses 2018; 20(2): 327-33. (in Thai)
15. Kowtrakul S. Educational Psychology. 12nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2016. (in Thai)
16. Suwan P. Attitude: Change Measurement and Health Behavior. 3rd ed. Bangkok: Odeon store; 1999. (in Thai)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สุพัตรา ใจแก้ว พย.ม. *

ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์ ปร.ด.

เดชา ทำดี วท.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 88 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ.2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ในส่วนของ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 37.55) การจัดการตนเองอยู่ระดับดี ($\bar{X}$ = 61.99) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองระดับปานกลาง (r = .444, p < .01) โดยข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพสำหรับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Health Literacy and Self-management Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Supattra Jaikeaw M.N.S.*

Nattaya Suwankruhasn Ph.D.

Decha Tamdee Ph.D.

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ABSTRACT

This correlational descriptive research aims to study health literacy, self-management, and the correlation between health literacy and self-management in older persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The participants were 88 older persons who had been diagnosed with COPD. A sample, select purposive sampling from March to April 2020. The instruments used in data collection were composed of a Personal Information Questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics and Pearson product-moment correlation coefficient. The results showed that health literacy was at a moderate level ($X = 37.55$). Self-management was at a good level ($X = 61.99$). Health literacy showed statistically significant positive correlation to self-management at a moderate level ($r = .444, p < .01$). Suggestion of this study serve as a basic information for nurses and health professionals for promoting health literacy among older persons with COPD to enhance self-management.

Key words : *Health literacy, Self-management, Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

*Corresponding Author: Supattra Jaikeaw

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วย เมื่อโรคเกิดกำเริบขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยหอบ และแบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และอาจทำให้เสียชีวิตได้จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2016 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด¹ และ ค.ศ. 2019 ยังพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นเป็น 235 ล้านคน² สำหรับในประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 พบผู้สูงอายุไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอันดับ 7 ของอัตราการเจ็บป่วยทั้งหมด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.9 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด³ และจากการสำรวจรายงานสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2559 – 2560 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้สูงอายุมีจำนวน 2.07 และ 2.11 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ⁴ ซึ่งจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease ; COPD) เป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบ เกิดการอุดกั้นภายในทางเดินหายใจ และมีลมคั่งค้างในถุงลม ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผนังถุงลมสูญเสียความยืดหยุ่นอย่างถาวร⁵ โดยในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น⁶ เกิดความเครียด วิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่า คุณค่าภายในตนเองลดลง⁷ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่มากขึ้นส่งผลกระทบทั้งภายในครอบครัวและสังคม⁸ การที่ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับโรคหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างผาสุก

การจัดการตนเอง (Self-management) ตามแนวคิดของ Lorig และ Holman⁹ หมายถึง การที่บุคคลมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้สำหรับการปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อควบคุมอาการหรือความเจ็บป่วยอันแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่มีความเหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงการจัดการที่ดี และนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค และความรุนแรงของโรค รวมไปถึงการกำกับตนเอง และการเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรให้บริการและผู้รับบริการ การที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้นั้นต้องมีการจัดการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการแพทย์ (medical management) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ การตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม¹⁰ 2) การจัดการด้านบทบาท (role management) เป็นการปรับตัวในการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ เช่น การให้ความร่วมมือในการรักษา การติดต่อสื่อสารและให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ¹¹ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์และสังคมที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย⁷ การที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองพบว่า ปัจจัยที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการจัดการตนเองคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹² ซึ่งเป็นทักษะส่วนบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจเนื้อหาของข้อมูล และคัดเลือกข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นประโยชน์สำหรับนำมาปรับใช้อย่างเหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่การเกิดความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นสมรรถนะของบุคคลที่ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และ

การบริการในการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเองได้โดยทักษะในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 1) ทักษะทางปัญญา (cognitive skill) คือ ทักษะในการอ่านและการเขียน การเข้าใจหนังสือ การเข้าถึงข้อมูล เพื่อประกอบการตัดสินใจและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม และ 2) ทักษะทางสังคม (social skill) คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดทักษะในการแสวงหาข้อมูล การได้รับข้อมูลที่มีความหลากหลาย และการแลกเปลี่ยนข้อมูล ตามแนวคิดของ Nutbeam¹³ ได้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและการเขียนในการใช้ชีวิตประจำวัน สามารถเข้าใจและนำข้อมูลด้านสุขภาพไปปรับใช้กับการดำรงชีวิตประจำวันของตนเองได้ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) คือ ทักษะด้านการพูดและการฟัง สามารถจำแนกและเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) คือ ทักษะทางปัญญาขั้นสูง เป็นความสามารถในการประเมินการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสามารถแยกแยะข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ พร้อมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพโดยใช้วิจารณญาณ รวมถึงควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต และร่วมส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีภายในสังคม จะเห็นได้ว่าหากผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพสามารถได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเลือกข้อมูลและสามารถนำข้อมูลมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านจะช่วยให้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและ

การจัดการตนเองทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าจากการศึกษาของ Geboers และคณะ¹² ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุของประเทศเนเธอร์แลนด์จำนวน 1,052 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .34, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lai, Ishikawa, Kiuchi, Mooppil และ Griva¹⁴ ที่ทำการศึกษา การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 63 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .35, p < .005$) และจากการศึกษาของ จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ ทศพร คำผลศิริ¹⁵ ที่ทำการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 88 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .54, p < .01$) จะเห็นได้ว่า องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองที่ผ่านมาจะพบในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และยังพบในกลุ่มผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ เนื่องจาก การจัดการตนเองมีความแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสำหรับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้มีการจัดการตนเองดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง sample size ประมวลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Polit และ Beck¹⁶ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.3 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย แบ่งเป็นชายและหญิงตามสัดส่วนประชากร แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ได้แก่ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลแอตีแอด (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข¹⁷ ต้องได้ 12 คะแนนขึ้นไป มีความรู้สึกตัวดี และการรับรู้เป็นปกติ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire : SPMSQ) ของ Pfeiffer¹⁸ ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย ประคอง อินทรสมบัติ¹⁹ ต้องได้ 8 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน ลักษณะการอยู่อาศัย สิทธิในการรักษาพยาบาล โรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ จำนวนยาที่ได้รับในปัจจุบัน ประวัติการสูบบุหรี่ ปริมาณที่สูบบุหรี่ต่อวัน ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว การมีสัตว์เลี้ยงที่ขียนภายในบ้าน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล

ด้วยอาการหายใจลำบากในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริญญา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ ทศพร คำผลศิริ¹⁵ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่เคยนาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14.00 – 56.00 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนคือ 14.00 – 28.00, 28.01 – 32.00 และ 32.01 – 56.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ การหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ .97 และการหาความเชื่อมั่นแบบหาความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.86

3. แบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำมาจากแบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ ธิติภรณ์ ยอเสน²⁰ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20.00 – 80.00 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนคือ 20.00 – 40.00, 41.00 – 60.00 และ 61.00 – 80.00 หมายถึง มีการจัดการตนเองระดับไม่ดี ปานกลาง และดีตามลำดับ การหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ .97 และการหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) เว้นระยะห่าง 2 สัปดาห์ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความคงตัวด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันได้เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ทางผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการนำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย เอกสารเลขที่ 020/2563 อนุมัติ ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยเมื่อได้รับอนุญาตแล้วนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสันป่าตอง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ทำการคัดเลือกผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ประโยชน์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการรักษาความลับเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยได้นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นเก็บแบบสอบถามไว้ 5 ปี จึงจะทำลายเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย คณะแนวความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.68 และเพศหญิง ร้อยละ 44.32 อายุเฉลี่ย 76.44 ปี (SD = 8.20)

ช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 80 - 89 ปี ร้อยละ 42.05 กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.27 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.09 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 77.27 ลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 56.82 มีสิทธิในการรักษาพยาบาลแบบใช้บัตรทอง ร้อยละ 86.36 โรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ อันดับแรกเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.32 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 19.32 และร้อยละ 6.83 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 มียาที่ได้รับในปัจจุบัน 3 - 4 ชนิด ร้อยละ 72.72 มียาชนิดรับประทานและยาชนิดพ่นจำนวน 2 ตัว ร้อยละ 90.90 กลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 92.05 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีปริมาณที่เคยสูบบุหรี่ต่อวัน 1 - 2 มวน ร้อยละ 53.41 โดยมีระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ 21 - 40 ปี ร้อยละ 45.45 ในครอบครัวไม่มีบุคคลสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.59 และไม่มีสัตว์เลี้ยงที่ขุ่นภายในบ้าน ร้อยละ 56.82 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 9.78 ปี (SD = 8.92) โดย 2 ใน 3 มีระยะเวลาในช่วง 1 - 10 ปี ร้อยละ 70.45 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบากในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 57.95 แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมาจกบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นหลัก ร้อยละ 100.00

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมต่ำสุด 23.00 คะแนนสูงสุด 56.00 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 37.55 (SD = 7.19) อยู่ระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมต่ำสุด 43.00 คะแนน สูงสุด 77.00 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 61.99 (SD = 7.36) อยู่ระดับดี ดังตารางที่ 1

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสอบถาม ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนแบบสอบถาม	ช่วงคะแนน(ต่ำสุด – สูงสุด)	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.00 – 56.00	23.00 – 56.00	37.55 (7.19)	ปานกลาง
การจัดการตนเอง	20.00 – 80.00	43.00 – 77.00	61.99 (7.36)	ดี

มีการแจกแจงของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนการจัดการตนเองเป็นแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ในการหาความสัมพันธ์ โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .01$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระดับการศึกษา กล่าวคือ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ หากผู้สูงอายุได้รับการศึกษาในระดับพื้นฐานพอสมควรก็จะทำให้มีความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้มากขึ้น สถานภาพสมรส กล่าวคือ สถานภาพสมรสมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ในผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส และสมาชิกภายในครอบครัวจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง อายุ กล่าวคือ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอายุที่มากขึ้นจะมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ กล่าวคือ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยตรง ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่บุคลากรทางด้านสุขภาพคัดเลือกให้ตามความเหมาะสมของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นได้

อีกทั้งการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สถานภาพสมรส กล่าวคือ สถานภาพสมรสมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีการจัดการตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง เนื่องจากบทบาทของคู่สมรส และครอบครัวมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ กล่าวคือ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่ดีขึ้น การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยตรง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสอนให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดการตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 นั้นได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.27) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้รับการศึกษาในระดับพื้นฐานจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการอ่านและการเขียนพอสมควร จึงสามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนน้อย เช่น ฉลากยา แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร, สรinya เสงพะพรหม และ ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย²¹ ที่ทำการศึกษาศาสนาและสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 440 คน พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ หากผู้สูงอายุได้รับการศึกษา

ในระดับพื้นฐานพอสมควรก็จะทำให้มีความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้มากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากการสื่อสารโดยตรงกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่บุคลากรทางด้านสุขภาพคัดเลือกให้ตามความเหมาะสมของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดแรงจูงใจสำหรับการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง และคณะ²⁷ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง จำนวน 1,138 คน โดยการใช้แบบผสมทั้งด้านเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ เพราะทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถซักถามได้ ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 59.09) มีสถานภาพสมรสคู่ และลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 56.82) ซึ่งอาจจะส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นย่อมต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ คู่สมรส และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น ช่วยหาข้อมูลด้านสุขภาพผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสันติ ยอมประโคน และคณะ²⁸ ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 85 ราย พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับ

ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ($p < .05$) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส และสมาชิกภายในครอบครัวจะมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ช่วง 1 - 10 ปี (ร้อยละ 70.45) ถือว่าเป็นระยะเริ่มต้นที่กลุ่มตัวอย่างได้ทราบว่า ตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุจะยังคงมีความสนใจ ในการหาข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ แล้วสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้มาประกอบกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shrestha และคณะ²⁴ ที่ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้เรื่องโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศเนปาล จำนวน 164 คน พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในช่วง 6 - 10 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพ ($p < .05$)

2. การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองอยู่ระดับดี อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.09) ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างแรงจูงใจ ให้การสนับสนุนและกำลังใจในการทำพฤติกรรมสำหรับการจัดการตนเอง และมีอิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการอยู่อาศัยแบบอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 56.82) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดการจัดการเกี่ยวกับการรักษา เช่น ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และควบคุมอาการกำเริบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด การบริหารการหายใจ หรือการไออย่างมีประสิทธิภาพย่อมต้องได้รับการฝึกฝนให้ชำนาญ จึงจะทำให้สามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง บุคคลภายในครอบครัวมีส่วนในการช่วยฝึกฝนจากคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในส่วนของ

การจัดการเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ สาเหตุหลักของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ การสูบบุหรี่ หากผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้จะช่วยชะลอความเสื่อมหน้าที่การทำงาน และการทำลายเนื้อเยื่อของปอด ครอบครัวยังเป็นกำลังใจสำคัญให้กับผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ได้ และลดการเกิดความเครียดที่เป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ²⁵ ที่ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประเทศจีน จำนวน 346 คน พบว่าสถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองที่ดีที่สุด ($t = 2.311, p < .05$) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการจัดการตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย และหย่าร้าง เนื่องจากบทบาทของคู่สมรส และครอบครัวมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพโดยตรงจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสอนให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับดีสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราโมทย์ถ่างกระโทก²⁶ ที่ทำการศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรังพบว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถตัดสินใจในการวางแผนและส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับคะแนนของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มากกว่า 12 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถรับประทานอาหาร ใช้ห้องน้ำ สวมใส่เสื้อผ้า และลูกนั่ง หรือเคลื่อนย้ายร่างกายได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้คะแนนการจัดการ

ตนเองอยู่ระดับดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและการเขียน สามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนน้อย เช่น ฉลากยา แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานยา การนัดหมายของแพทย์ และทักษะทางสังคมในการรับข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น โดยที่ผู้สูงอายุสามารถคิดวิเคราะห์หาคำตอบและเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล แล้วสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพนั้นไปปรับใช้สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค และความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการจัดการตนเองที่ดีทั้งในเรื่องการจัดการเกี่ยวกับการรักษา เช่น การจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด การบริหารการหายใจ (breathing exercise) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการเรื่องยาและการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางช่วยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถที่จะพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแสวงหาและการใช้แหล่งทรัพยากร และทักษะการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถที่จะปรับตัวในการดำรงชีวิต

ให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย ทำให้สามารถจัดการบทบาทและหน้าที่ของตนเองได้ รวมทั้งสามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Geboers และคณะ¹² ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุของประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 1,052 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .34, p < .001$) กล่าวคือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจะทำให้ระดับการจัดการตนเองดีขึ้น ดังนั้น จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า หากมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้อยู่ระดับปานกลางแล้ว ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี ช่วยให้ชะลอความรุนแรงของโรคและควบคุมอาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้นได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีความแตกต่างกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือ จากกระบวนการรักษาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะต้องอาศัยการเรียนรู้ และฝึกฝนให้เกิดความชำนาญในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด การบริหารการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องอาศัยเพียงความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับการดำรงชีวิตประจำวันแบบใหม่ที่สามารถอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังของตนเองได้ ดังนั้น หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นฐาน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณก็จะทำให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ
พยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการทบทวนในอนาคต

ควรศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือควรศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของการวัดกรรมหรือโปรแกรมฝึกฝนกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น และยั่งยืนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs [Internet]. 2016 [cited 2019 March 2]. Available from: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/Annex_B/en
2. World Health Organization. World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs [Internet]. 2019 [cited 2020 June 16]. Available from: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en
3. Ministry of Public Health. Central Chest Institute of Thailand. COPD statistics 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 March 2]. Available from: <https://www.ccit.go.th/about/Report.php>. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Strategy and Planning Division. Public health statistics 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 March 2]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf (in Thai)
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2019 [cited 2019 March 2].

- Available from: <https://goldcopd.org/gold-reports>.
6. Viniol C, Vogelmeier CF. Exacerbations of COPD. *Eur Respir Rev* 2018 Mar; 27(147): 1–9. doi: 10.1183/16000617.0103-2017.
 7. Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD, Crowe P, Elkin SL, et al. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax* 2013; 68: 1–30. doi: 10.1136/thoraxjnl-2013-203808.
 8. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, Birbeck G, Burstein R, et al. The state of US health, 1990–2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013 Aug; 310(6): 591–608. doi: 10.1001/jama.2013.13805
 9. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003 Aug; 26(1): 1–7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01
 10. Thoracic Society of Thailand. Chronic obstructive pulmonary disease guidelines 2017. Bangkok: Beyond Enterprise; 2017. (in Thai)
 11. Klinklom S, Panuthai S, Nanasilp P. Self-management behaviors and related factors among older persons with benign prostatic hyperplasia. *Nursing Journal* 2017; 44(3): 52–64. (in Thai)
 12. Geboers B, Winter AF, Spoorenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual Life Res* 2016; 25(11): 2869–77. doi: 10.1007/s11136-016-1298-2.
 13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259–67. doi: 10.1093/heapro/2F15.3.259.
 14. Lai AY, Ishikawa H, Kiuchi T, Mooppil N, Griva K. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. *Patient Educ Couns* 2013 May; 91(2): 221–7. doi: 10.1016/j.pec.2012.12.018.
 15. Noppakraw J, Chintanawat R, Khampolsiri T. Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal* 2020; 47(2): 251–61. (in Thai)
 16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
 17. Department of Medical Services. Barthel activities of daily living: ADL [Internet]. 2014 [cited 2019 March 2]. Available from: <https://www.udo.moph.go.th/the-post/upload/UX4ctZPFMRiXzczWnqcMqylj5O/EgzvAFiPptt9hEgeHvmTU5Xuwo.doc>. (in Thai)
 18. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975 Oct; 23(10): 433–41. doi: 10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x
 19. Intarasombat P. The short portable mental status questionnaire (SPMSQ). *Rama Nurs J* 1996; 2(3): 44–56. (in Thai)
 20. Yorsen T, Chintanawat R, Sucumvang K. Effects of a self-management supporting program on functional capacity and dyspnea among elders with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal* 2012; 39(3): 52–65. (in Thai)
 21. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res* 2016; 30(5): 315–21. (in Thai)

22. Khumthong T, Potisiri W, Kaewdumkoeng K. Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. VESTSU 2016; 3(6): 67-85. (in Thai)
23. Yormprakhon S, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Chuchottaworn C. The influence of health literacy, perceived social support, and uncertainty in illness on functional status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Nurs Sci 2014; 32(3): 64-73. (in Thai)
24. Shrestha A, Singh SB, Khanal VK, Bhattarai S, Maskey R, Pokharel PK. Health literacy and knowledge of chronic diseases in Nepal. Health Lit Res Pract 2018 Dec; 2(4): 221-30. doi: 10.3928/24748307-20181025-01.
25. Yang H, Wang H, Du L, Wang Y, Wang X, Zhang R. Disease knowledge and self-management behavior of COPD patients in China. Medicine 2019 Feb; 98(8): 1-5. doi: 10.1097/MD.00000000014460.
26. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. Songklanagarind J Nurs 2017; 37(2): 154-9. (in Thai)

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร

สมถวิล อัมพรอารีกุล พย.ม.*¹

สมรักษ์ ศิริเชตรกรรม พย.ม. รป.ด.²

¹สถาบันบำราศนราดูร

²สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง โดยยึดนโยบายความปลอดภัย ของสถาบันบำราศนราดูร 2P-Safety Goals ผสมผสานและประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการบริหารงานคุณภาพ แบบวงจรคุณภาพเดมมิ่ง (PDCA) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Do) 3) การตรวจสอบ/การสังเกต (Check) 4) การปรับปรุง (Action) กระบวนการพัฒนาคุณภาพเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ในหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิดการติดเชื้อดื้อยาบ่อยที่สุด 4 หอผู้ป่วย จากทั้งหมด 13 หอผู้ป่วย ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562

ผลการศึกษา สถาบันบำราศนราดูร มีแนวทางปฏิบัติที่ใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา “CPM caring MDR” โดย C= Communication สื่อสารในทีม ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล, P= Practice ปฏิบัติตาม Check list ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา, M= Monitor ติดตามควบคุมกำกับโดยทีมดูแลผู้ป่วย (ICWN, ICN) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ ซึ่งข้อมูลด้าน Hand Hygiene และ Staff education ปฏิบัติได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และอัตราการติดเชื้อดื้อยา มีแนวโน้มลดลง

ข้อเสนอแนะ เมื่อโรงพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติงาน รวมทั้งมาตรการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด โดยผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทุกรายปฏิบัติตาม Contact Precaution & Isolation การใช้ Using effective disinfectants เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์แยกเฉพาะอาหารและน้ำดื่มจัดใส่ภาชนะบรรจุชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง เพิ่มความถี่ในการทำทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีระบบการมอบหมายหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยดื้อยาเฉพาะราย จะสามารถลดอัตราการติดเชื้อดื้อยา ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้รับบริการก็มีความปลอดภัยมากขึ้น

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติ, การดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา, สถาบันบำราศนราดูร

* สมถวิล อัมพรอารีกุล ผู้รับผิดชอบบทความ

Effect of caring multidrug-resistant bacteria in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

Somtavil Ampornareekul M.N.S.^{*1}

Somrak Sirikhetkon M.N.S., D.P.A.²

¹*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*

²*Institute for Urban Disease Control and Prevention*

ABSTRACT

This research is an action research aimed to develop guidelines for patient care and to reduce the rate of infection resistance. By using 2P-Safety Goals of the Bamrasnaradura Infectious Disease Institute and apply the framework of the quality management process. Consists of plan-do-check-action. Compare operating results in the ward that has the highest incidence of drug-resistant infection 4 wards from a total of 13 wards conducted researches between October 2018 and September 2019.

The results showed that Bamrasnaradura Infectious Disease Institute: There are guidelines to take care of patients with "CPM caring MDR". When comparing the scores before and after using the guidelines for taking care of drug-resistant patients found that there are differences. When classifying issues it was found that the information on hand hygiene and staff education was better than before the experiment. In addition, hospital infection rate and the rate of drug-resistant infections tends to decrease

Suggestions if the hospital has operational guidelines including control measures and effective prevention of hospital infections. Personnel strictly abide by the guidelines. All infection-resistant patients comply with contact precaution & isolation using effective disinfectants. There are separate equipment for specific appliances. Food and drinking water are disposed into single-use containers and discarded. Increase the frequency of cleaning equipment and the environment including a system for assigning duties to care for specific drug resistant patients. By following the guidelines, you can reduce the rate of infection resistance and reducing infection rates in hospitals. In addition, service recipients are safe.

Keywords: *guideline, patient care, Patient infected with drug resistance, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*

*Corresponding Author: Somtavil Ampornareekul

บทนำ

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถพบได้ในโรงพยาบาลทุกระดับ แต่ละปีมีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อในระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นสาเหตุให้การของผู้ป่วยมีความรุนแรงขึ้นหรือต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเกิดความเสียหายในหลาย ๆ ด้าน ทั้งเวลา กำลังคน ค่าใช้จ่าย และชีวิตของผู้ป่วย ในประเทศไทยจุลชีพที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ แบคทีเรีย โดยเชื้อที่พบบ่อยคือ *P. aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *A. baumannii*, *Methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA)* และ *Enterococci* ซึ่งเชื้อกลุ่มนี้มีการพัฒนาการดื้อยาเพิ่มมากขึ้นในช่วงสิบปีที่ผ่านมา ทำให้โรคติดเชื้อต่างๆ ที่เคยรักษาและควบคุมได้ กลายเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มักจะได้อาหารหลายขนานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้อีกเท่าตัวหรือมากกว่านั้น ทำให้การรักษามีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นการรักษามีค่าใช้จ่ายเพิ่มรวมถึงการสิ้นเปลืองทรัพยากรต่างๆ และต้องใช้เวลานานในการกำจัดเชื้อให้หมดไป การแก้ปัญหาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ดีที่สุดคือการควบคุมและการป้องกันก่อนเหตุการณ์จะเกิดขึ้น แต่ถ้ามืดการติดเชื้อใน โรงพยาบาลขึ้นแล้วจะต้องจำกัดการติดเชื้อและรักษาผู้ติดเชื้อให้หายก่อนจะแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ซึ่งการควบคุมและการป้องกันจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่ายในโรงพยาบาล ทั้งแพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่ ทุกฝ่ายเพื่อการควบคุมป้องกันที่มีทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน หากไม่เร่งแก้ไขปัญหาคาดว่าใน พ.ศ. 2593 (หรือ 34 ปีข้างหน้า) การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดถึง 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท (100 trillion USD) สำหรับประเทศไทยพบว่าการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท^{2,3} องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ประเด็น เรื่อง การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นหนึ่งในภัยคุกคามด้านความมั่นคงทางสุขภาพโลกที่สำคัญ เนื่องจากสถานการณ์การดื้อยาที่เพิ่มขึ้น ทำให้โลกเข้าสู่ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (post-antibiotic era) อันจะนำสู่การสูญเสียชีวิตและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ คือ การใช้ยาต้านจุลชีพมากเกินไปจนจำเป็น

พฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังด้อยประสิทธิภาพ⁴

สถาบันบำราศนราดูร เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการติดเชื้อขนาด 230 เตียง ที่ให้บริการผู้ป่วยทั่วไปและเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่เชื่อมต่อบริการปฏิบัติการรับผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังโรคติดต่ออันตราย/ โรคอุบัติใหม่/ อุบัติซ้ำ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องกักกัน สามารถขยายขอบเขตบริการได้มากถึง 600 เตียง เมื่อมีโรคระบาด/โรคติดเชื้อ ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561 ข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) = 3.68 ครั้งต่อพันวันนอน ถึงแม้จะไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าปี 2560 ที่มีข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) = 3.06 ครั้งต่อพันวันนอน จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบมีการติดเชื้อทางระบบที่สำคัญ เช่น VAP CAUTI และ UTI เพิ่มขึ้นพบเป็นเชื้อดื้อยาร้อยละ 42.33 ของการติดเชื้อ HAI ทั้งหมด เชื้อดื้อยาที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ *Escherichia coli* (ESBLs) ร้อยละ 45.85, *Acinetobacter baumannii* (MDR) ร้อยละ 16.28, *Klebsiella pneumoniae* (ESBLs) ร้อยละ 12.46, *Pseudomonas aeruginosa* (MDR) ร้อยละ 11.13, *Staphylococcus aureus* (MRSA) ร้อยละ 7.97 พบในผู้ป่วย ICU, ตึก 3/2, ตึก 3/3, ตึก 7/3, ตึก 5/5, ตึก 5/4 เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน

ข้อมูลที่ผ่านมาในปีงบประมาณ 2561 อัตราการติดเชื้อดื้อยามีแนวโน้มสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา ต้องมีการเสริมสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจเรื่องการดื้อยาด้านจุลชีพ โดยการให้ความรู้การฝึกอบรมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีนโยบายการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ลดการติดเชื้อใช้หลักการ Standard Precaution ร่วมกับ Contact Precaution เน้นการล้างมืออย่างถูกวิธี การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์ การป้องกันควบคุมการติดเชื้อจะช่วยหยุดยั้งการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาได้ จากการวิเคราะห์ปัญหาและตรวจเยี่ยมการดำเนินงาน มี 2 ปัจจัยหลัก คือ ด้านผู้ป่วย และด้านบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย พบว่า ถึงแม้จะมีวิธีปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง ไม่ว่าจะเป็น Bundle for Foley's Catheter, bundle for CAUTI และ Bundle for VAP แต่ผู้ปฏิบัติยังไม่ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานไม่ตระหนักในขั้นตอนการล้างมือให้ครบทุกขั้นตอน, สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่ถูกต้อง, วิธีปฏิบัติงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ยังปฏิบัติไม่เหมือนกัน

อีกทั้งยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ใช้ในสถาบันบำราศนราดูร, ไม่มีระบบควบคุมกำกับติดตามการปฏิบัติงาน, ขาดเครื่องมือในการติดตามการดูแลผู้ป่วยในระดับหน่วยงาน

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ให้ความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้เป็นไปตามมาตรฐาน สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มีความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการลดภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกรอบแนวคิดพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางการปฏิบัติงานใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยเหมาะสมกับสภาพการทำงาน อัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลง อัตราการตายจากเชื้อดื้อยาลดลง เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้รับบริการและระบบการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย โดยศึกษาบริบทสภาพปัญหาและสถานการณ์อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลและอัตราการติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Plan) วางแผนพัฒนาแนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร โดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานเรื่องเชื้อดื้อยาของ WHO⁶ และกรอบแนวคิดเรื่องการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย 2560-2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่พัฒนาแนวทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 5 คน ได้แก่ตัวแทนผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน ตัวแทนพยาบาลงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 คน ตัวแทนหัวหน้า

หอผู้ป่วยใน 1 คน ตัวแทนพยาบาลปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ทดลอง การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองเลือกหอผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิดการติดเชื้อดื้อยาบ่อยที่สุด 4 หอผู้ป่วยจากทั้งหมด 13 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก ICU, อายุกรรมชาย 5/5, อายุกรรมพิเศษ 3/3 และอายุกรรมหญิง 7/3

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โดยมี Inclusion Criteria ดังนี้

- 1) ตัวแทนพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำ ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หอละ 4 คน
- 2) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หอละ 1 คน
- 3) แม่บ้าน ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หอละ 1 คน

รวมจำนวน 4 หอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 24 คน (จากผู้ปฏิบัติงาน ทั้งหมด 57 คน)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ใช้แนวคิดสเตลเลอร์โมเดล (Stetler Model) 5 ขั้นตอน คือ

- 1) กำหนดประเด็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา แล้วมากำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์
- 2) สืบค้นหลักฐาน/งานวิจัยที่ดีที่สุดอย่างเป็นระบบ
- 3) ประเมินและวิเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัยสังเคราะห์งาน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือแล้วเลือกประเด็นที่สำคัญนำมาพัฒนา
- 4) นำมาพัฒนาปรับปรุง จัดทำเป็นร่างแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยทีมผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมกันระดมสมอง เพื่อกำหนดเป้าหมาย ประเด็นการพัฒนา วิธีการดำเนินงาน เครื่องมือ และแนวทางการประเมินผลลัพธ์

5) การประเมินผลการปฏิบัติ/ ผลลัพธ์ของโครงการ เพื่อนำไปสู่การขยายผลใช้ทั้งโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) โดยการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดยประเมินผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และร่วมกันสะท้อนความติดต่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อหาข้อสรุปเปรียบเทียบผลการพัฒนาตามแนวทางปฏิบัติ

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) สรุปติดตามประเมินผลแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน ความรู้ ทักษะ และผล การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ความพร้อมของ เครื่องมืออุปกรณ์ การประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนา ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐาน ศึกษา บริบท สภาพปัญหาและสถานการณ์อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล เก็บข้อมูลอัตราการติดเชื้อดื้อยา สถาบัน บำราศนราดรุณ โดยรวบรวมจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยเป็นเวลา 1 เดือน และสังเกตการปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหอผู้ป่วย และลงบันทึก ในแบบสังเกต โดยสุ่มสังเกตในวันที่ผู้วิจัยขึ้นปฏิบัติงาน เวรเช้าวันเวลาราชการ เวลา 08.30–16.30 น. สุ่มสังเกต การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจนครบทุกหอผู้ป่วย โดย สังเกตกิจกรรมการปฏิบัติ และบันทึกผลการสังเกตใน แบบบันทึกผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา⁶

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัย พร้อมทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ทบทวนวรรณกรรมจัดทำ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยรวบรวม ข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์และนำแนวทางปฏิบัติฯ ปรับปรุงเนื้อหาพร้อมประชุมทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การนำเสนอแนวทางปฏิบัติไปใช้ พร้อมวิธีการสื่อสารให้ แก่กลุ่มเป้าหมายที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติ CPM Caring MDR ประกอบด้วย C คือ “Communication” โดยสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ ประจำตึก และทีมที่ดูแลผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลประจำตึก ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคณะกรรมการงานป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดรุณทราบเมื่อมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา P คือ “Practice” ปฏิบัติตาม Check list การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 5 ประเด็น 19 หัวข้อย่อย ประกอบด้วย 5 หมวด 19 หัวข้อย่อย และ M คือ “Monitor” ติดตามควบคุมกำกับ การปฏิบัติงานของทีมดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่ใช้ ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติ โดย สุ่มสังเกตการปฏิบัติตามแนวทาง เมื่อมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ที่มารักษาในหอผู้ป่วย บันทึกในแบบสังเกตการปฏิบัติงาน เก็บข้อมูลจากรายงานผลเชื้อดื้อยาประจำวัน แบบเฝ้าระวัง การติดเชื้อในโรงพยาบาล เปรียบเทียบข้อมูล 2 ปี

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่หอผู้ป่วย ใช้ กระบวนการ Focus Group ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนิน การพัฒนาการตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CPM Caring MDR และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง เพื่อ

พัฒนาและปฏิบัติ ติดตามการปฏิบัติงานต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CPM Caring MDR พร้อมสื่อในการสอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ทั้งกลุ่ม ตัวอย่างผู้พัฒนาแนวปฏิบัติงาน จำแนกเป็น เพศ อายุ มี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ, ติดเชื้อดื้อยา และ มีประสบการณ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติงาน ส่วนกลุ่ม ตัวอย่างที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ดื้อยาในหอผู้ป่วย จำแนกเป็น เพศ อายุ และมี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ, ติดเชื้อดื้อยา

2.2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตาม แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CPM Caring MDR สถาบันบำราศนราดรุณ ประกอบด้วย 5 หมวด โดย ประยุกต์มาจากแนวทางของ WHO ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ประกอบด้วย Contact Precaution & Isolation, Hand Hygiene, Using effective disinfectant, Nursing or Team Staff management และ Staff education รวมมี 19 ข้อย่อย ใช้วิธีทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างถ้าปฏิบัติตาม แนวทางปฏิบัติ (หมวด 1 Contact Precaution & Isolation 6 ข้อ หมวด 2 Hand Hygiene 5 ข้อ หมวด 3 Using effective disinfectants 4 ข้อ หมวด 4 Nursing or Team Staff management 1 ข้อ หมวด 5 Staff education 3 ข้อ)

2.3 แบบสรุปผลการปฏิบัติการนำใช้แนวทาง ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยแปลความหมาย ดังนี้ มาก หมายถึง ปฏิบัติตั้งแต่ 16 ข้อขึ้นไป ปานกลาง หมายถึง ปฏิบัติได้ 11–15 ข้อ น้อย หมายถึง ปฏิบัติ ได้ 6–10 ข้อ และน้อยที่สุด หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามถึงปฏิบัติได้ 5 ข้อ

2.4 ข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ข้อมูลอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล จำแนกรายเดือน

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบเครื่องมือ โดยการหาความตรงและความเที่ยงของ เครื่องมือ ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประชุม สันทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ ซึ่ง หาความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญและ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะ ทางด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน

มีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ 0.96 และค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CPM Caring MDR ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ก่อนและหลังใช้ ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการกลุ่มการพยาบาล ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร โครงการประเมินระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในระบบ Critically Important Multidrug Resistant Organisms (CI-MDRO) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2562 และได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร รหัสโครงการ S002h/64_ExpD

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท สภาพปัญหาและสถานการณ์อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลอัตราการติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร พบว่า ข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2557-2561 คิดเป็น 1.57, 2.08, 3.15, 3.06 และ 3.68 ครั้งต่อพันวันนอน จากข้อมูล อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี 2561 พบมีการติดเชื้อทางระบบที่สำคัญ เช่น VAP CAUTI และ UTI เพิ่มขึ้น พบเป็นเชื้อดื้อยาร้อยละ 42.33 ของการติดเชื้อ HAI ทั้งหมด เชื้อดื้อยาที่พบมาก 5 อันดับแรก คือ *Escherichia coli* (ESBLs) 45.85%, *Acinetobacter baumannii* (MDR) 16.28%, *Klebsiella pneumonia* (ESBLs) 12.46%, *Pseudomonas aeruginosa* (MDR) 11.13%, *Staphylococcus aureus* (MRSA) 7.97% พบในผู้ป่วย ICU, ตึก 3/2, ตึก 3/3, ตึก 7/3, ตึก 5/4 เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน จากการรวบรวมข้อมูล โดยสังเกตการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหอผู้ป่วย และลงบันทึกในแบบสังเกตพบว่า ถึงแม้จะมีวิธีปฏิบัติงาน Bundle for Foley's Catheter, bundle for CAUTI และ Bundle for VAP แต่ผู้ปฏิบัติยังไม่ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานล้างมือไม่ถูกต้อง, สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายไม่ถูกต้อง, วิธีปฏิบัติงาน

บางเรื่องยังปฏิบัติไม่เหมือนกัน, ขาดการควบคุมกำกับ การดำเนินงาน, ขาดเครื่องมือในการติดตามการดูแลผู้ป่วยในระดับหน่วยงาน เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยพร้อมทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ทบทวนวรรณกรรมจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ, ติดเชื้อดื้อยามากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 60 รองลงมา มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ, ติดเชื้อดื้อยา และมีประสบการณ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ อยู่ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 40

2. กลุ่มตัวอย่างที่ทดลอง ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุ 40-50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.83 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ, ติดเชื้อดื้อยา 5-10 ปี ร้อยละ 45.83 รองลงมา มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ, ติดเชื้อดื้อยามากกว่า 10 ปี ร้อยละ 41.67

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิด การดำเนินงานเรื่องเชื้อดื้อยาของ WHO⁶ และกรอบแนวคิด เรื่องการบริหารจัดการ เรื่องปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย 2560-2564 เพื่อลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง โดยยึดนโยบายความปลอดภัยของสถาบันบำราศนราดูร คือ 2P Safety เป้าหมาย (Goal) คือ I- ComMIT เน้นตัว I : Infection Control ติดเชื้อต่ำไกล และผสมผสานกรอบแนวคิดในกระบวนการบริหารงานคุณภาพแบบวงจรเดมมิง (PDCA) 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การดำเนินการ (Do) 3) การตรวจสอบ (Check) 4) การปรับปรุง (Action) ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Plan) การจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ใช้ “CPM Care MDR” และทำ Check list การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินงาน (Do) ตามแนวทางปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ประกอบด้วย

2.1 ต้อง “Communication” โดยสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ประจำตึกและทีมที่ดูแลผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลประจำตึก ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูรทราบ

2.2 ต้อง “Practice” ปฏิบัติตามสิ่งที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และพัฒนาเป็นแบบติดตามประเมินผล Check list การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เสนอวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติเปลี่ยนรูปแบบจากการประชุมรวมทุกวิชาชีพในห้อง (Classroom) ให้เป็นการอบรมขณะปฏิบัติงาน โดยฝึกทักษะการปฏิบัติ สดุดีและสาธิตย้อนกลับ การกระตุ้นเตือนด้วยวิธีการหลากหลาย และ M คือ “Monitor” การออกแบบระบบการติดตามประเมินผลเครื่องมือในการประเมินผล การปฏิบัติงานของทีมดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาประกอบด้วย

2.2.1 Contact precautions and Isolation โดยปฏิบัติตามหลัก standard precautions ขณะให้การดูแลผู้ป่วยทุกราย การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (contact precautions) เป็นประจำ เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายที่มีการติดเชื้อดื้อยา และให้มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสในลักษณะ Vertical Prevention โดยไม่รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่ามีการติดเชื้อดื้อยาเมื่อมารักษาในสถานบริการ โดยเฉพาะกรณีรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (re-admit) ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนจากการติดเชื้อดื้อยาครั้งก่อน ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วย Bed ridden และมีโรคประจำตัวหลายโรค โดยเฉพาะกลุ่มที่พบบ่อยคือผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ให้แยกผู้ป่วยไว้ก่อน โดยให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยก หากไม่มีห้องแยกให้จัดบริเวณให้ผู้ป่วยอยู่ (zoning) การย้ายภายในโรงพยาบาลเดียวกัน ควรแจ้งให้หน่วยงานที่จะรับผู้ป่วยทราบทางโทรศัพท์ใช้สัญลักษณ์ เพื่อแสดงว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยา

การสื่อสารในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล โดยใช้สัญลักษณ์ในการสื่อความหมายว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้บุคลากรระมัดระวังระหว่างหน่วยงานต้องมีการแจ้งข้อมูลให้ ทราบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยา โดยติดไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วย, หน้า Chart/เวชระเบียน เพิ่มการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจสัญลักษณ์การสื่อสาร ติดป้ายสัญลักษณ์ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ให้ความรู้และข้อมูลที่ผู้ป่วย เข้าใจได้ง่าย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ยังช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์ Intranet แจ้งสื่อสารระหว่างห้องปฏิบัติการกับหอผู้ป่วย ระบุในใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ชัดเจนว่าตรวจพบเชื้อดื้อยา นอกจากนี้มีการสื่อสารทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ในการ

สื่อสารระหว่างทีมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาภายในสถาบันบำราศนราดูร

2.2.2 Hand Hygiene ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติวิเคราะห์ปัญหาเสนอกลยุทธ์ “เพิ่ม/เข้า/ใจ” โดยเน้นเพิ่ม คือ เพิ่มจำนวนบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร ให้สามารถล้างมือได้อย่างถูกวิธีมากขึ้น พิจารณาข้อบ่งชี้ในการทำความสะอาดมือ การเลือกวิธีการทำความสะอาดมือให้เหมาะสม โดยประกอบแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ เข้าถึง คือ โดยบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร และผู้รับบริการเข้าถึงอุปกรณ์ ในการล้างมือได้ง่าย สะดวก โดยมีการสำรวจ ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำความสะอาดมือ โดยเฉพาะ Alcohol hand rub สำหรับใช้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะหน่วยงานบริการผู้ป่วย ใจ คือ จัดให้มีสิ่งกระตุ้นเตือนใจ สร้างแรงจูงใจ หลากหลาย ช่องทางเกี่ยวกับการล้างมือถูกวิธี มีคำแนะนำขั้นตอนการทำความสะอาดมือติดไว้ในบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่าย ประเมินผลการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของบุคลากรลักษณะ Double check โดยมอบให้หัวหน้างานหรือพยาบาลงานป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย (ICWN) และพยาบาลงานป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN)

2.2.3 Using effective disinfectants บริหารจัดการให้ใช้ Single use equipment กำหนดให้ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ แยกเฉพาะในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา หรือถ้าจำเป็นต้องใช้ร่วมกับผู้ป่วยอื่น เมื่อใช้กับผู้ป่วยหรือสัมผัสสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ควรทำความสะอาดและทำลายเชืบนอุปกรณ์ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น โดยให้เช็ดด้วย 70% alcohol ทันทที และแยกบรรจุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วในภาชนะที่มีดัดชิด ก่อนที่จะนำไปยังบริเวณที่จะทำความสะอาดและทำลายเชื้อ กรณีอาหารและน้ำดื่มจัดใส่ภาชนะบรรจุชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (โดยกำหนดโทรศัพท์แจ้งโภชนาการ Key ส่งอาหารในระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล ระบุหมายเหตุ...อาหารเฉพาะโรคเชื้อดื้อยา)

ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ต้องได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจวิธีการปฏิบัติในการจัดการสิ่งแวดล้อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการจัดการสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการสวมอุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกต้อง มีการกำกับดูแลการปฏิบัติของผู้ทำหน้าที่ในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อตามความเหมาะสม ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเฉพาะ ระดับ High level ซึ่งนโยบายภายในสถาบันบำราศนราดูร มีการกำหนดชนิดน้ำยาทำลายเชื้อ

ที่เหมาะสมภายในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มความถี่ในการทำความสะอาดและทำลายเชื้อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นประจำทุกวัน แต่ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้กำหนดให้เพิ่มเป็นวันละ 2 ครั้ง ไม่ใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดปนกับผู้ป่วยอื่น หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยให้ทำความสะอาดและทำลายเชื้อสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเป็นลำดับสุดท้าย

2.2.4 Nursing or Team Staff management

การมอบหมายหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยดื้อยาเฉพาะราย เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ มอบหมายงานพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแบบ 1 ต่อ 1 และลดจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ต้องมาสัมผัสผู้ป่วย ยกเว้นกรณีจำเป็น เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การทำกิจกรรมการพยาบาลที่มีความซับซ้อน รวมทั้งการยกตัวพลิกตะแคงตัว เป็นต้น

2.2.5 Staff education วิธีการให้ความรู้แก่

บุคลากร สามารถทำได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กระบวนการกลุ่ม การฝึกทักษะการปฏิบัติ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ อบรมขณะปฏิบัติงาน อบรมเมื่อมีการระบด การปฐมนิเทศ ก่อนการปฏิบัติงานรายกลุ่ม/ รายบุคคล แต่สิ่งสำคัญ แนวทางการทบทวนความรู้ ในสิ่งที่ได้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ขณะรับ-ส่งเวรประจำวัน โดยพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ให้ปฏิบัติในทุกเวรใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที โดยทบทวนความรู้ในสิ่งที่ได้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในทุกสาย และให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเสนอ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และร่วมกันเสนอวิธีการแก้ไขปัญหามาเพิ่มเติมให้คำแนะนำข้อ

ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาแก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และการล้างมือกรณีส่งต่อระหว่างหน่วยงาน เช่น รับบริการล้างไต รับบริการห้องผ่าตัด ฯลฯ ควรแจ้งให้หน่วยงานที่จะส่งผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อดื้อยา เพื่อระมัดระวังมิให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อรดส่งผู้ป่วย เปเล รถนั่ง ทำความสะอาดและทำลายเชื้อด้วยน้ำยาทำลายเชื้อระดับต่ำทุกครั้ง หลังใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาก่อนที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น

กรณีขยะมูลฝอยที่เกิดจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา จัดเป็นมูลฝอยติดเชื้อ ปฏิบัติเช่นเดียวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบ (Check) หลังจากนำเสนอแนวทางปฏิบัติไปใช้ พร้อมวิธีการสื่อสารให้แก่กลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ผลดังตารางที่ 1

จากการสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรในหอผู้ป่วยก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติน้อย (คะแนนอยู่ระหว่าง 6 – 10 คะแนน) มีเพียงหน่วยงานเดียว คือหอผู้ป่วยหนัก ICU ที่มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในระดับมาก (คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป) ภายหลังผู้วิจัยจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CPM Caring MDR และนำแนวทางปฏิบัติฯ พร้อมสื่อในการสอน สอนให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและติดตามประเมินผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยงานมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และมีคะแนนผลการปฏิบัติตามแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนจำแนกรายตึก ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (N=24)

หน่วยงาน		Mean	SD	SD ค่าเฉลี่ยความต่าง	ค่าเฉลี่ยความต่าง	t	p-value
หอผู้ป่วยหนัก ICU (N=6)	ก่อน	16.50	0.548	1.17	0.983	2.907	0.017
	หลัง	17.67	0.516				
ตึกอายุรกรรมชาย 5/5 (N=6)	ก่อน	7.33	1.033	4.67	2.944	3.883	0.006
	หลัง	12.00	2.000				
ตึกอายุรกรรมพิเศษ 3/3 (N=6)	ก่อน	9.83	1.472	4.50	0.548	20.125	0.001
	หลัง	14.33	1.633				
ตึกอายุรกรรมหญิง 7/3 (N=6)	ก่อน	6.83	0.408	5.50	2.429	5.546	0.001
	หลัง	12.33	2.338				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (N=24)

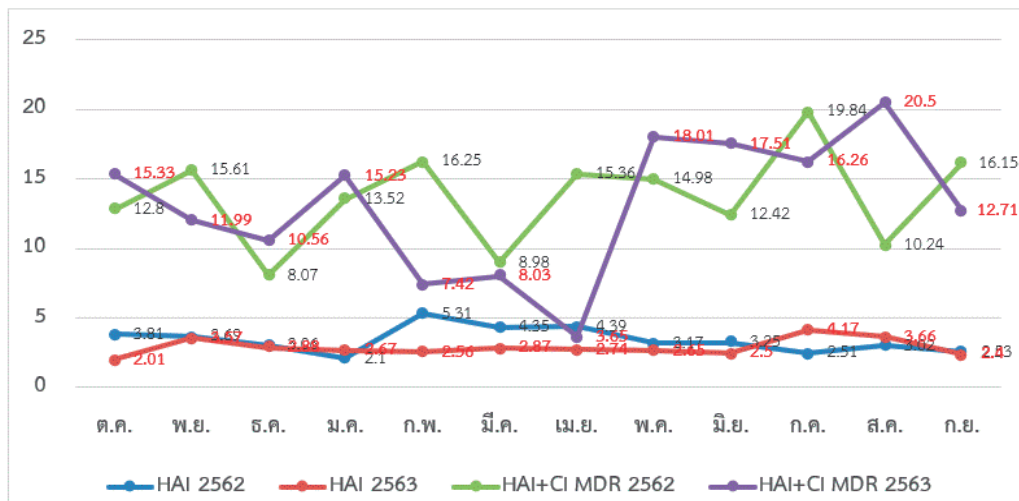
	Mean	SD	ค่าเฉลี่ยความต่าง	SD ค่าเฉลี่ยความต่าง	t	p-value
ก่อน	10.13	4.036				
หลัง	14.08	2.827	3.96	2.510	7.724	< 0.001

โดยเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติพบว่าก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา จำแนกรายหมวด (N=24)

ผลการดำเนินงาน		Mean	SD	ค่าเฉลี่ย ความต่าง	SD ค่าเฉลี่ย ความต่าง	t	p-value
1. Contact Precaution & Isolation (6 ข้อ)	ก่อน	2.08	0.654	1.79	1.062	8.262	0.001
	หลัง	3.88	0.850				
2. Hand Hygiene (5 ข้อ)	ก่อน	7.79	0.658	2.67	0.816	16.00	0.001
	หลัง	4.46	0.509				
3. Using effective disinfectants (4 ข้อ)	ก่อน	1.83	0.637	1.13	0.741	7.439	0.001
	หลัง	2.96	0.624				
4. Nursing or Team Staff management (1 ข้อ)	ก่อน	0.33	0.482	0.58	0.504	5.675	0.001
	หลัง	0.92	0.282				
5. Staff education (3 ข้อ)	ก่อน	1.54	0.509	0.75	0.442	8.307	0.001
	หลัง	2.29	0.464				

ในกระบวนการเมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานจำแนกรายหมวด พบว่าประเด็น Hand Hygiene และ Staff education มีการปฏิบัติได้ดีขึ้น ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลและอัตราการติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร ปีงบประมาณ 2562-2563

จากภาพที่ 1 ข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเปรียบเทียบ 2 ปี (ปีงบประมาณ 2562-2563) พบว่าอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และอัตราการติดเชื้อดื้อยา มีแนวโน้มลดลงไปในทิศทางเดียวกัน

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation)

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง (Action) โดยรับฟังสรุปข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะประเด็นที่พบปัญหา หลังให้ข้อมูลย้อนกลับแก่หอผู้ป่วย พบว่า กรณีศึกษาอายุรกรรมสามัญด้วยโครงสร้างมีห้องแยกเพียง 1 ห้อง/ ตึก แต่จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องอยู่ใน Zone ที่พยาบาลดูแลได้อย่างใกล้ชิด ไม่สามารถจัดให้อยู่โซนเดียวกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคชนิดเดียวกัน หรือจัดเตียงไว้มุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วยได้ หน่วยงานมีการจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายเพียงพอ ข้อเสนอของกลุ่มตัวอย่างจึงเสนอให้มีการเพิ่มการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ ญาติและผู้ดูแลสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายเหมาะสมกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย กรณีศึกษาอายุรกรรมสามัญ ใช้เครื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีน้อย ไม่สามารถจัดให้มีเฉพาะรายบุคคลได้ ทำให้การเปลี่ยนแปลงได้น้อย ข้อเสนอแนะเข้าแผนการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่ม เพื่อวางแผนจัดระบบการจัดสรรเครื่องมือทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

อภิปรายผล

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คือ พัฒนาวัดกรรมแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ เรียกว่า CPM Caring MDR มี 5 องค์ประกอบที่ง่ายในการปฏิบัติ และนำมาใช้ให้เหมาะกับบริบทของสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคติดเชื้อ แตกต่างจากการศึกษาของอะเคื่อ อุณหเลขกะ และคณะ⁷ ในเรื่องการจัดการองค์ประกอบ และรายละเอียดในรายช้อย่อย โดยในส่วนของการศึกษาของอะเคื่อ อุณหเลขกะและคณะได้เสนอกิจกรรมสำคัญที่โรงพยาบาลควรดำเนินการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล มี 10 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนของผู้บริหาร (administrative support) 2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา (surveillance of multidrug resistant organism infections) 3) การให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ (education) 4) การใช้ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial usage) 5) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(isolation precautions) 6) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) 7) การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ (disinfection and sterilization) 8) การเก็บส่งตรวจ (specimen collection) 9) ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย (referral system) และ 10) การสื่อสาร (communication) ซึ่งมีจำนวนองค์ประกอบและรายละเอียดค่อนข้างเยอะ แต่การศึกษาของสุพัตรา อุปินาสกรและคณะ⁸ ได้มีการพัฒนาแนวทางควบคุมการเกิดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนาน โดยแบ่ง 4 ด้าน คือ ก) การบ่งชี้ผู้ป่วย เพื่อจำกัดการแพร่กระจายเชื้อและลดความรุนแรง ข) การจัดการสิ่งแวดล้อม ค) ความรู้ของเจ้าหน้าที่ ง) ความรู้ของผู้ป่วยและญาติ และ จ) การล้างมือ ในความเป็นจริงสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานต้องการได้ คือ การที่มีเครื่องมือเชื่อมโยงระหว่างความรู้ไปสู่การปฏิบัติ เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทุเลาอาการ เกิดความปลอดภัย จากการทบทวนวรรณกรรม Kredo Tamara, Bernhardsson Susanne, Machingaidze Shingai, Young Taryn, Louw Quinette, Ochodo Eleanor and Grimmer Karen.⁹ ปิยะฉัตร วิเศษศิริ, อะเคื่อ อุณหเลขกะและนางเยาว์ เกษตรภิบาล¹⁰ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, ธีรภัทรทรัพย์กรนนท์และประนอม โอทกานนท์¹¹ และ Rosenfeld Richard M., Shiffman Richard N. and Robertson Peter¹² แนวปฏิบัติจะถูกพัฒนาและสร้างขึ้นสำหรับดูแลเฉพาะโรคหรือประเด็นที่เป็นปัญหาเฉพาะ เป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด มีการออกแบบอย่างดีตามค่านิยม ความเชี่ยวชาญผู้ให้บริการทางคลินิก ในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วย จากการพัฒนาแนวปฏิบัติของทีม จะเห็นได้ว่ามีข้อเสนอในการปฏิบัติบางข้อที่มากกว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจุดประสงค์เพื่อมุ่งเน้นเรื่องลดการแพร่กระจายเชื้อ เกิดความปลอดภัยทั้งแก่ผู้บริการและผู้ให้บริการ

ทั้งนี้การพัฒนาแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานควรเพิ่มความตระหนักและนำแนวทางปฏิบัติไปใช้อย่างเข้มงวดในทุกขั้นตอนการทำงาน เพื่อความปลอดภัยทั้งแก่ผู้บริการและผู้ให้บริการ คำว่า CPM Caring MDR : โดยเน้นการสื่อสาร C: Communication ทั้งทีมให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย, P: Practice มี 5 ประการ คือ Contact Precaution & Isolation, Hand Hygiene, Using effective disinfectants, Nursing or Team Staff management และ Staff education รายละเอียดที่เพิ่มไม่รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่ามีการติดเชื้อดื้อยา แต่เน้นการปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา โดยสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาที่กลั่นออกจาก

โรงพยาบาลมีการติดสัญลักษณ์การติดเชื้อดื้อยาที่เวชระเบียน เมื่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาที่สถาบันฯ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย Re-admit, Revisit รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Bed-ridden มีสายต่อต่างๆในร่างกาย และโรคประจำตัวหลายโรค จะเริ่มปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติและรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเพื่อประสานทำตามระบบการรายงานการควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต่อไปจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางจึงเกิดการใช้กลยุทธ์ เพิ่ม/แก้ไข กระตุ้นการล้างมือ และมีข้อเสนอจากการประชุมสนทนากลุ่ม เสนอให้มีเพิ่มการจัดให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์แยกเฉพาะ และการปรับใช้น้ำยา High level ในการทำความสะอาดพื้นผิวสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยเพิ่มความถี่ในการทำทำความสะอาดเป็นวันละ 2 ครั้ง มอบหมายผู้ดูแลเฉพาะในผู้ป่วยดื้อยาเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อให้ลดลง และ M: Monitor การดำเนินงานให้เกิดผลสำเร็จต้องมีการติดตาม ประเมินผล เสนอแนะให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอในการวิจัยนี้ให้มีการติดตามประเมินผลโดยใช้ระบบ QR Code ลดการใช้กระดาษในการประเมินผล และประเมิน 2 รอบ Double check โดยพยาบาลงานป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย และหัวหน้างาน และเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้อง ต่อเนื่องตามมาตรฐาน จำเป็นต้องมีการส่งเสริมการปฏิบัติงานให้สำเร็จ อาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การสนับสนุนอุปกรณ์ การณรงค์ การให้ความรู้ การจัดทำคู่มือแนวทาง ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ความสอดคล้องในเรื่องรูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของอะเคื่อ อุณหเลขกะและคณะ⁷ ปิยะฉัตรวิเศษศิริ¹⁰ และนัตยา ปริกัมศีลและคณะ¹³ สิ่งที่น่าสนใจในการปฏิบัติได้จากการพัฒนาที่พัฒนาแนวปฏิบัตินี้เมื่อนำไปใช้ใน 4 หอผู้ป่วย ผลการทดสอบหลังการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่าคะแนนรวมหมด และคะแนนโดยรวมสูงขึ้น อัตราผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (HAI) ลดลงจากร้อยละ 1.56 เหลือร้อยละ 1.32 แต่อัตราการติดเชื้อดื้อยาในภาพรวม คือ HAI+ CI ที่มารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร ยังมีแนวโน้มสูง กระบวนการปฏิบัติก่อนและหลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการล้างมือ สอดคล้องกับการติดตามอัตราการล้างมือของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.21 เป็นร้อยละ 69.86 การมอบหมายหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเฉพาะจะยิ่งทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โรงพยาบาล ควรมีการพัฒนานวัตกรรมสำหรับสื่อความรู้ให้กับผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน โดยเน้นความตระหนักในการปฏิบัติ เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย เช่น การล้างมือ การสัมผัสสารคัดหลั่ง และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติไปสู่การจัดทำ การเรียนการสอน หรือใช้ระบบ E-Learning เพื่อเผยแพร่ให้ผู้ปฏิบัติงานไปใช้ในการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในหน่วยงานต่างๆได้

ข้อเสนอแนะแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เน้นการพัฒนาเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่มีลักษณะผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่บ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่อยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ (Health Technology Assessment) มาตรการเรื่องการป้องกันควบคุมการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Indrawattana N. and Vanaporn M. Nosocomial infection. Journal of Medicine and Health Sciences, 2015; 22 (1): 81–92. (in Thai)
2. Ministry of Public Health, Ministry of Agriculture and Cooperatives, National Health Commission Office, National Health Security Office, Thai Health Promotion Foundation, Center for Monitoring and Developing Drug Systems, International Health Policy Program, Health Systems Research Institute, Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization. Thailand Antimicrobial Resistance Management Strategy 2017–2021. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://www.fda.moph.go.th/sites /drug /Shared%20Documents/AMR/01.pdf> (in Thai)
3. Chanvatik S., Sommanastawecheai A., Patcharanarumol W, Witthayapipopsakul W, Matrasongkram P, Thunyan A. and Tangcharoensathien V. The Integration of Monitoring and Evaluation Mechanism for Public Awareness of Antimicrobial Resistance into the

- Health and Welfare Survey. *Journal of Health Systems Research*, 2017; 11(4): 551–563. (in Thai)
4. Thamlikitkul V, Rattanaumpawan P, Boonyasiri A, Sirijatuphat R. and Jaroenpoj S. Operational Actions of the Thailand Antimicrobial Resistance (AMR) Containment and Prevention Program in Response to the World Health Organization (WHO) Global Action Plan on AMR. *Journal of Health Systems Research*, 2017; 11(4): 453–470. (in Thai)
 5. Suttajit S, Sumpradit N, Hunnangkul S, Prakongsai P and Thamlikitkul V. Hospital Infection Control and Antimicrobial Stewardship Programs among Public and Private Hospitals in Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 2013; 7 (2): 281–295. (in Thai)
 6. World Health Organization. Antimicrobial resistance in the South-East Asia. [Internet]. 2018 [cited 2019 April 8]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/antimicrobial-resistancepdf>.
 7. Unahalekhaka A., Lueang-a-papong S. and Chitreecheur J. Prevention of Multidrug Resistant Organism Infections in Intensive Care Unit. Health Systems Research Institute. [Internet]. 2014 [cited 2019 June 11]. Available from: <http://164.115.27.97/digital/files/original/f5903daddf05e49e5a697c701a475bca.pdf>. (in Thai)
 8. Uppanisakorn S., Tinnikom K. and Boonyarat J. The outcome of control the bacterial multidrug-resistant in medical ICU, tertiary hospital. *Region11 Medical Journal*, 2017; 31(4): 649–656. (in Thai)
 9. Kreda T, Bernhardsson S, Machingaidze S, Young T, Louw Q, Ochodo E. and Grimmer K. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *International Journal for Quality in Health Care*, 2016; 28 (1): 122–128. doi: 10.1093/intqhc/mzv115.
 10. Wisetsiri P, Unahalekhaka A. and Kasatpibal N. Development of a Model for Promoting Practices to Prevent Drug-resistant Organisms Infections among Nursing Personnel, Medical Department of a Tertiary Care Hospital. *Nursing Journal*, 2014; 42(3):119–134. (in Thai)
 11. Puttaruksa L., Subgranon R. and Othaganont P. Factors Leading to Success in the Implementation of Evidence Based Nursing Practice of Professional Nurses. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 2016; 24(3): 94–103. (in Thai)
 12. Rosenfeld R, Shiffman R. and Robertson P. Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: A Quality-Driven Approach for Translating Evidence into Action. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2012; 148(IS): S1–S55. doi.org/10.1177/0194599812467004.
 13. Parikumsil N, Pengluo S. and Saysom S. Effects of the Prevention and Control Program for Special types of Multi-Drugs-Resistant Bacterial on Knowledge and Practices among Health Care workers in Intensive Care Unit, Photharam Hospital. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 2018; 3 (2): 49–57. (in Thai)