



วารสารพยาบาลสาธารณสุข JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 Vol.39 No.1 January – April 2025



วารสารพยาบาลสาธารณสุข
JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1

Vol. 39 No. 1

ISSN 3057-014X (Print)

มกราคม – เมษายน 2568

January – April 2025

ISSN 3057-0158 (Online)

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ทางการตลาดผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่ผลิตภัณฑ์กัญชาและผลิตภัณฑ์กระท่อมดัดแปลงในสื่อโซเชียลมีเดียแพลตฟอร์มในปี พ.ศ. 2565 – 2566
2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในชุมชนของกรุงเทพมหานคร
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19
4. ปัจจัยการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในการเลือกการบำบัดทดแทนไต
5. การพัฒนาหุโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน : กรณีศึกษานานาชาติ

บทความวิชาการ

6. บทบาทพยาบาลชุมชนในการคัดกรองและการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษา ค้นคว้า และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพ และผู้สนใจทั่วไป		
คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทัพ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.จรรยา	เสียงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.อมริสา	ต้นสถิตย์	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.กนกวรรณ	ศิลปกรรมพิเศษ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวีวรกุล	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
บรรณาธิการ	รศ.ดร.พัชรพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการร่วม	รศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ลลิตา	แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการประจำฉบับ	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญยมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์	ละก้าน	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุรินทร์	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.นพวรรณ	เปียเชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.กนกวรรณ	สุวรรณปฏิกิริยา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	ดร.มล.อาบกนก	ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	รศ.ดร.สุธีพร	มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.นาตา	ลัคนหทัย	Johns Hopkins University
	รศ.ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ผศ.ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
	รศ.ดร.ยุวดี	วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์	บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผศ.ดร.ดาว	เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผศ.ดร.เบญจมาศ	พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม
	ผศ.ดร.นิสากร	กรุงไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	อรรณารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

เรียนสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารพยาบาลสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี 2568 ซึ่งเป็นปีที่ 39 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2568 วารสารพยาบาลสาธารณสุขฉบับนี้นำเสนอบทความวิจัยที่เป็นประเด็นสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการสาธารณสุข ประกอบด้วย (1) การศึกษาสถานการณ์ทางการตลาดผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาและผลิตภัณฑ์กระท่อมดัดแปลงในสื่อโซเชียลมีเดียแพลตฟอร์มในปี พ.ศ.2565 – 2566 (2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในชุมชนของกรุงเทพมหานคร (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 (4) ปัจจัยการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในการเลือกการบำบัดทดแทนไต (5) การพัฒนาพหุโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน : กรณีศึกษาบ้านลานข่อย และบทความวิชาการ (6) บทบาทพยาบาลชุมชนในการคัดกรองและการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

วารสารพยาบาลสาธารณสุข เป็นวารสารวิชาการระดับชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI มีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเป็นผู้ประเมินแต่ละบทความและงานวิจัย ซึ่งเป็นการประเมินแบบปกปิด (Double-blind peer review) ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ นอกจากนี้วารสารมีระบบจริยธรรมในการเผยแพร่บทความตามเกณฑ์มาตรฐานของการเผยแพร่งานวิจัยของสภาการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ.2558 และตามประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยมีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนผู้สนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> ของวารสารและสอบถามเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร 095-7013182 และขออำนวยการให้ทุกท่านมีความสุข สุขภาพแข็งแรง มีพลังในการทำงาน และแคล้วคลาดปลอดภัยทุกประการเทอญ

ผศ.ดร.เพลินพิศ บุญยมาลิก

บรรณาธิการประจำฉบับที่ 1

เดือนมกราคม – เดือนเมษายน 2568

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2567

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 39 No.1 January – April 2025

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

การศึกษาสถานการณ์ทางการตลาด
ผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่
ผลิตภัณฑ์กัญชาและผลิตภัณฑ์กระท่อม
ดัดแปลงในสื่อโซเชียลมีเดียแพลตฟอร์ม
ในปี พ.ศ.2565 - 2566

Marketing Situation Study of New
Addictive Product, Adapted Cannabis
and Kratom Product in Social Media
Platforms in 2022 - 2023

1

ศรรัช ลาภใหญ่

Sirach Lapyai

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความ
รอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัย
ทำงานในชุมชนของกรุงเทพมหานคร

Effectiveness of a health literacy
program on stroke preventive behaviors
among working age with hypertension
in Bangkok metropolitan communities

17

ชไมพร สุขมาศ
จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์
ยุพา จิวพัฒนกุล

Chamaiporn Sukmas
Juntima Rerkluanrit
Yupa Jewpattanakul

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ของพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19	Factors Related to the Adaptation of Community Health Nurses at Health Service Center of Bangkok Metropolitan Administration during the COVID-19 36
พรรณรวี จรดล ปาหนัน พิชยภิญโญ สุนีย์ ละกำป็น ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา	Punrawee Joradol Panan Pichayapinyo Sunee Lagampan Punyarat Lapvongwatana
ปัจจัยการตัดสินใจของผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในการเลือกการบำบัดทดแทนไต	Decision-making factors of older adults with end stage renal disease toward renal placement therapy 57
วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ ณัฐมา ทองธีรธรรม เพ็ญศิริ ศรีสุนทร ลัดดา แสนสีหา สุชาย ศรีทิพย์วรรณ	Wilaipun Somboontanont Natma Thongterethum Pensiri Srisuntorn Ladda Sanseha Suchai Sritippayawan

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนาพหุโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน: กรณีศึกษาบ้านลานข่อย	The Development of a multiple-health promoting program to prevent chronic non-communicable diseases in the working- age group: Case study of Ban Lan Khoi	76
โสภิตา สุขจรุง รุษานา ยาชะรัต นาเดียะ บือซา	Sopida Sukjarung Ruhana Yacharat Nadeeyah Bersa	

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลชุมชนในการคัดกรองและ การป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน	Role of Community Nurses in Sarcopenia Screening and Prevention for Community-Dwelling Older Adults	93
วิไลพรรณ สมบุญตันนท์ สุภาวดี เทียงธรรม	Wilaipun Somboontanont Supavadee Thiengtham	

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	114
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	121
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	122
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	123

บทความวิจัย

การศึกษาสถานการณ์ทางการตลาดผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชา และผลิตภัณฑ์กระท่อมดัดแปลงในสื่อโซเชียลมีเดียแพลตฟอร์มในปี พ.ศ.2565 - 2566

ศรัรัช ลาภใหญ่*

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการตลาดผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่ ผลิตภัณฑ์ที่ผสมกัญชาและกระท่อมดัดแปลงในสื่อโซเชียลมีเดีย 4 ประการย่อย หรือ 4 Ps ดังนี้ 1) P-Product/Price/Packaging situation ศึกษาสถานการณ์ด้านผลิตภัณฑ์ ราคา ด้านบรรจุภัณฑ์ 2) P-Place/Physical evidence/Process situation ศึกษาสถานการณ์ด้านช่องทางขาย ร้านค้าและกระบวนการจัดส่งสินค้า 3) P-Promotion situation ศึกษาการส่งเสริมการขาย 4) P-Public communication/People situation ศึกษาสถานการณ์ด้านสื่อสาร และการใช้บุคคลผู้มีอิทธิพลด้านการสื่อสาร ผลการศึกษาพบว่า ในด้านผลิตภัณฑ์ มีผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ที่มีพบในท้องตลาดไทยในสื่อโซเชียลมีเดียจำนวน 20 ประเภท ผลิตภัณฑ์ที่พบจำหน่ายมากที่สุดและราคาถูกที่สุด คือกลุ่มผลิตภัณฑ์น้ำหวานทดแทนยาแก้ไอ ในด้านบรรจุภัณฑ์ พบว่า ผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่มีการออกแบบบรรจุภัณฑ์ที่ใช้รูปการ์ตูน เพื่อโฆษณาชวนเชื่อและลดทอนความเป็นอันตรายลง ในด้านช่องทางขาย พบว่าทุกแพลตฟอร์มออนไลน์ที่มีในสังคมไทย กลายเป็นแหล่งค้าขายผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่โดยผู้ค่านิยมใช้ Facebook เป็นสื่อโฆษณาหลักมากที่สุด ในด้านสถานการณ์ร้านค้า พบว่า ผู้ค้าเปิดการขายสาธารณะ และแสดงสินค้าอย่างชัดเจนในทุกสื่อ ในด้านการจัดส่ง ผู้ค้าใช้การจัดส่งสินค้าด้วยระบบโลจิสติกส์สมัยใหม่ ในด้านการส่งเสริมการขาย พบว่า มีรูปแบบกลยุทธ์การส่งเสริมการขาย 9 วิธี วิธีที่พบมากที่สุดคือการลดราคาและการบริการส่งฟรี ในด้านการสื่อสาร พบว่า ผู้ค้าใช้บุคคลประเภท นักรีวิว ช่วยสนับสนุนการขาย ผลการศึกษา สรุปว่าผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพไทย เพราะมีจำหน่ายและเข้าถึงได้ในทุกแพลตฟอร์มออนไลน์อย่างง่ายดาย ราคาถูก มีการส่งเสริมการขายให้ข้อมูลที่เกินจริง สร้างความเข้าใจผิดต่อการเสพติด และโฆษณาชวนเชื่อว่าปลอดภัย มีการศึกษาเพิ่มเติมอีกครั้งในปี 2566 ภายหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา และพบว่ามีการขายผลิตภัณฑ์กัญชาและเห็ดเมาเพิ่มมากขึ้น ข้อสรุปนี้ควรเผยแพร่ไปยังหน่วยงานภาครัฐเพื่อแก้ไขปรับปรุงนโยบายกัญชาเพื่อสันตินาการ ควบคุมการขายทางออนไลน์ และการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์เหล่านี้

คำสำคัญ: สถานการณ์ทางการตลาด/ ผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่/ สื่อโซเชียลมีเดีย/ กัญชาดัดแปลง/ กระท่อมดัดแปลง

วันที่รับบทความ: 18 พฤศจิกายน 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 16 มกราคม 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 1 กุมภาพันธ์ 2568

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาสหวิทยาการและการศึกษาดนตรี คณะมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

Marketing Situation Study of New Addictive Product, Adapted Cannabis and Kratom Product in Social Media Platforms in 2022-2023

Sirach Lapyai*

ABSTRACT

This article aimed to investigate marketing situation of new addictive substance infused product, cannabis and kratom infused product in 4 marketing mixes; 1) P-Product/ Price/Packaging situation, 2) P-Place/Physical evidence/Process situation, 3) P-Promotion situation, 4) P-Public communication/People situation. Result showed 20 types of new addictive substance infused products, a new product which was an illicit syrup drink similar to cough syrup was the cheapest product and was heavily marketed in every online platform. Package study showed the use of cartoon as package appeal and harm reduction. Selling channel study revealed new addictive products can be found in every online platform in Thailand and Facebook was the main channel and sellers employed new logistics system in selling and delivery. The study also found 9 promotional techniques sellers used in promoting these products, price promotion technique was mostly used. In communication study, reviewer was used to demonstrate product as advertisement. Result of this study showed new addictive products as a new threat to Thai society. Further result in 2023, after cannabis and kratom new legal framework, found more adapted product from cannabis and kratom in every social media platform. Collectively, this result must be announced to government sectors in marijuana recreational use law amendment, in prohibiting online sales and in protecting children.

Keywords: Marketing Situation/New Addictive Product/Social Media/ Adapted Cannabis/ Adapted Kratom

Article info: Received: November 18, 2024, Revised: January 16, 2025, Accepted: February 1, 2025

*Assistant Professor, Dr. Lecturer from Interdisciplinary and lifelong learning, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่ (new addictive substance infused product) หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีผู้คิดค้น พัฒนา ผสม ดัดแปลง หรือทำขึ้นมาใหม่ โดยผสมสารเสพติด ผลิตออกมาในรูปแบบที่แตกต่างจากสารเสพติดแบบดั้งเดิม เช่น ผลิตเป็นขนม เจลลี่ ผลิตออกมาในรูปแบบน้ำหวานพว้อมดื่ม และมีการทำตลาดแบบสมัยใหม่ เช่น มีการออกแบบบรรจุภัณฑ์ที่สวยงาม ตั้งชื่อสินค้าให้ทันสมัย ผลิตในบรรจุภัณฑ์สวยงามเพื่อให้ดูไม่ใช่สารเสพติด หรือผลิตตัวสินค้าให้แลดูคล้ายลูกกวาด มีการส่งเสริมการขาย คำขาย แพร์กระจาย และสื่อสารโฆษณาในช่องทางสื่อสมัยใหม่หรือสื่อโซเชียลมีเดีย ส่งสินค้าด้วยระบบโลจิสติกส์สมัยใหม่ ทำให้เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็วทั้งผู้ค้าและผู้ซื้อ หลบเลี่ยงการควบคุมทางกฎหมายด้วยการแพร์กระจายในช่องทางโซเชียลมีเดีย¹ ผลิตภัณฑ์เสพติดเดิมบางประเภท เช่น กัญชา มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบกลายเป็นผลิตภัณฑ์เสพติดประเภทใหม่² ผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ จำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมและใช้กฎหมายที่ทันสมัยและเหมาะสมกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงเร็วและกระจายตัวเร็วด้วยเช่นกัน³ กลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์เหล่านี้คือวัยรุ่นและกลุ่มผู้หญิง การศึกษาสถานการณ์ทางการตลาดของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะชี้ให้เห็นความเสี่ยงของปัญหาการเสพติดสำหรับวัยรุ่น ผ่านช่องทางสื่อสมัยใหม่ ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า องค์ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ใน

โซเชียลมีเดียในประเทศไทยยังมีน้อยมาก รวมทั้งมีการประกาศปลดล็อกกัญชาและกระท่อมในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 ซึ่งทำให้การตลาดผลิตภัณฑ์เหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จึงควรที่จะมีการศึกษาเรื่องนี้ในเชิงวิชาการ

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาสถานการณ์ผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ในโซเชียลมีเดียและรวบรวมองค์ความรู้ในด้านผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ในโซเชียลมีเดีย ในประเทศไทย เนื่องจากยังมีองค์ความรู้ในด้านผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่น้อยมาก

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาตามกรอบการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการตลาด 4 ประการ (4P) ตามนิยามของ Kotler and Armstrong⁴ และได้ขยายจากองค์ประกอบ 4P มาเป็น 8P ตามนิยามของ Booms and Bitner⁵ ดังนี้

1. 1 P-Product situation ศึกษาสถานการณ์ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านบรรจุภัณฑ์

1.2 P-Price situation ศึกษาสถานการณ์ด้านราคา กลยุทธ์การตั้งราคา และการเข้าถึงผู้บริโภคด้วย กลยุทธ์ราคา

1. 3 P-Promotion และ public communication situation ศึกษาการส่งเสริมการขายและการสื่อสารผลิตภัณฑ์

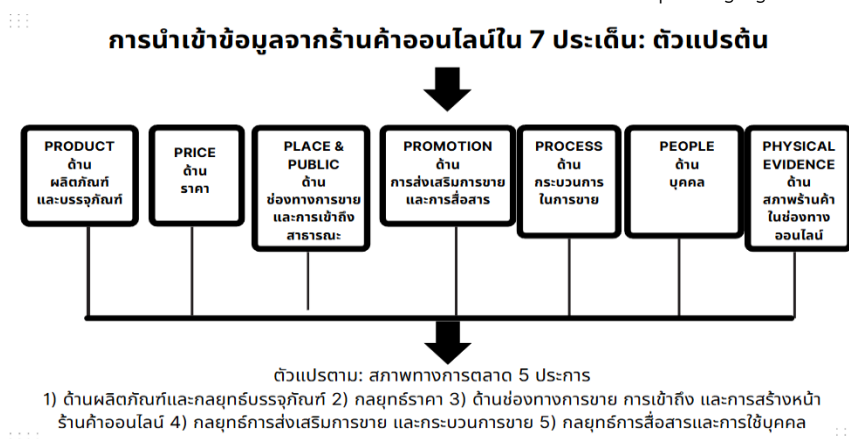
1. 4 P-Place situation ศึกษาสถานการณ์ด้านช่องทางการจำหน่าย

1.5 P-Process กระบวนการ หมายถึงขั้นตอน กระบวนการในการบริการ ส่งมอบสินค้า

1.6 P- People บุคคล หมายถึง บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการขายและส่งเสริมการขายหรือเป็นตัวแทนของสินค้า

1.7 P-Physical evidence สิ่งที่ต้องมองเห็นได้ เช่น ร้านค้า หน้าร้านออนไลน์ เป็นต้น

1.8 P-packaging หมายถึง บรรจุภัณฑ์



วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยการศึกษาข้อมูล ภาพโฆษณา ข้อความโฆษณา ข้อความบรรยายสินค้า ข้อความและภาพที่แสดงการส่งเสริมการขาย ข้อความและภาพในการโพสต์ของร้านค้า โดยศึกษาสถานการณ์ผลิตภัณฑ์ในโซเชียลมีเดีย 3 แพลตฟอร์มคือที่พบการเปิดร้านค้ามากที่สุด คือ Facebook, Twitter และ Youtube การศึกษานี้เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564-มกราคม 2565 และมีการศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษาอื่นในเดือนตุลาคม พ.ศ.2565-มกราคม พ.ศ.2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้มีเครื่องมือในการศึกษา คือ แบบฟอร์มกรอกข้อมูลออนไลน์ ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาขึ้นมาเพื่อเก็บข้อมูลร้านค้าผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่โดยอ้างอิงจากวิธีการเก็บข้อมูลงานวิจัยร้านค้ายาเสพติดออนไลน์ด้วยวิธีเชิง

คุณภาพ (qualitative)^{6 7 8} ส่วนการวิเคราะห์ภาษาโฆษณาที่พบในการขายผลิตภัณฑ์ ใช้เกณฑ์ของ Osgood ในการวิเคราะห์ภาษาที่มีอิทธิพลในการเร้าความรู้สึก⁹

โดยแบบฟอร์มนี้ จะเก็บข้อมูลที่แสดงถึงการค้าขายเชิงพาณิชย์ ดังต่อไปนี้

- 1) ชื่อร้านค้า และ URL address
- 2) จำนวนโพสต์ในแต่ละเดือน โดยนับเป็นครั้ง ไม่ว่าโพสต์นั้นจะอยู่ในรูปแบบข้อความสั้น ข้อความยาว หรือภาพ ถึงแม้จะเป็นข้อความเดิมที่เป็นการ re-post ก็ไม่นับแยกครั้ง
- 3) ภาพสินค้า โดยจำแนกประเภทของผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่พบ ในส่วนบรรจุภัณฑ์ จะมีการเก็บภาพบรรจุภัณฑ์พร้อมด้วยแต่ภาพสินค้าบางประเภทอาจมาพร้อมบรรจุภัณฑ์ เช่น เยลลี่กัญชา และบางประเภทจะไม่มีบรรจุภัณฑ์ เช่น กัญชาแห้ง เห็ดเมา
- 4) ข้อความสั้นและข้อความยาว ที่เป็นการนำเสนอสินค้า อาจประกอบภาพสินค้า

หรือไม่มีภาพสินค้า แสดงโฆษณาบรรยายสรรพคุณสินค้าหรือวิธีใช้

5) ข้อความสั้นและข้อความยาวหรือภาพ ที่เป็นการแจ้งราคา ช่องทางการชำระเงิน และวิธีการส่งมอบสินค้า

6) ข้อความสั้นและข้อความยาวหรือภาพ ที่เป็นการแจ้งการส่งเสริมการขาย

7) วิธีการสื่อสารอื่นๆที่พบ

8) หน้าร้านที่มองเห็นได้ว่าเป็นสาธารณะ การค้าขายนั้นเข้าถึงได้ มองเห็นได้ในแบบสาธารณะ

การเก็บข้อมูล การศึกษานี้ใช้คณะบุคคลในการศึกษาด้วยการสำรวจทุกแพลตฟอร์มโดยใช้ search term ของแต่ละผลิตภัณฑ์ ใน Google เช่น คำว่า *ขายผาแดง* กับการค้นหาร้านค้าผลิตภัณฑ์หัวเขื่อน้ำหวานคล้ายยาแก้ไอ คำว่า *ขายกัญชา* *ขายน้ำหอม* *ขายขนมสายเขียว* กับการค้นหาร้านค้ากัญชา ผลิตภัณฑ์ขนมกัญชา และผลิตภัณฑ์กระท่อม ข้อมูล search term อื่นๆระบุไว้ในวิธีการเก็บข้อมูล

หลังจากนั้นจะจัดเก็บข้อมูลที่ค้นพบในรูปแบบฟอร์ม data coding ที่ การศึกษานี้ได้ออกแบบไว้สำหรับการค้นหาและบันทึกข้อมูลออนไลน์ แยกเป็นร้านค้า เลือกสำรวจเฉพาะร้านค้ายอดนิยมที่มียอดผู้ติดตามสูงสุด 1-10 อันดับในแต่ละสื่อ และวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ กลวิธีการขาย การส่งเสริมการขายและการสื่อสารจากแต่ละร้านค้า ผลการเก็บข้อมูล การศึกษานี้เลือกบันทึกข้อมูลทั้งหมดและติดตามร้านค้าเป็นเวลา 6 เดือนในปี พ.ศ.2564 จาก 31 ร้านค้ายอดนิยมในออนไลน์

เกณฑ์การเลือกร้านค้าเพื่อศึกษาติดตามการศึกษานี้เลือกเฉพาะบัญชีร้านค้าที่พบว่าจำหน่าย ค่าขายผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่ในเชิงพาณิชย์อย่างเป็นสาธารณะ ร้านค้าสามารถพบเห็นได้อย่างเป็นสาธารณะ ไม่ใช่กลุ่มปิดหรือกลุ่มลับ มีการค้าขายอย่างเป็นทางการ แสดงชัดเจนว่าค้าขาย ได้แก่ แสดงภาพสินค้า แจ้งราคาและช่องทางการชำระเงิน แสดงช่องทางติดต่อผู้ค้าแจ้งข้อมูลการส่งสินค้า แสดงเบอร์โทรศัพท์หรือชื่อบัญชีรับชำระค่าสินค้า เปิดการขายมาเป็นเวลาเกิน 1 ปี โดยค้นคว้าย้อนหลังได้ตามวันเวลาและตามวันที่แพลตฟอร์มออนไลน์แจ้งไว้ที่หน้าร้าน มีการโพสต์ขายสินค้าสม่ำเสมอ และมียอดผู้ติดตามระดับ 300 รายขึ้นไป หากร้านใดไม่เข้าเกณฑ์นี้ หรืออยู่ในกลุ่มลับที่ต้องสมัครสมาชิกเข้า การศึกษานี้จะไม่ได้ศึกษา

วิธีการเก็บข้อมูล

การวิจัยนี้มีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1) ค้นหาร้านค้าผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่ใน 3 แพลตฟอร์มทั้งหมด โดยใช้ search term และ hashtag ที่พบว่าผู้ค้านิยมใช้ใน Google ด้วยคำค้นพร้อม hashtag ดังนี้

1.1 ร้านขายผาแดง#ผาแดง ขายยาแก้ไอ #ผาแดง หัวเขื่อน้ำหวานผาแดง #ผาแดง

1.2 ขายกัญชา#สายเขียว ขนมสายเขียว#สายเขียว คุกกี้สายเขียว#สายเขียว บราวนี่สายเขียว#สายเขียว

1.3 ขายน้ำหอม#พลังใบ ขายใบหอม#พลังใบ ลูกอมกระท่อม#พลังใบ ขนมกระท่อม#พลังใบ

1.4 Lean#สินไทยสินนอก

1.5 Popper#ป๊อปเปอร์

1.6 ขายก๊าชหัวเราะ ขายลูกโป่งหัวเราะ

1.7 เห็ด ด เมฆ #magicmushroom #shroom #เห็ดวิเศษ

Search term และ hashtag ที่ใช้ในการสืบค้นนี้เป็นผลมาจากการสำรวจก่อนการศึกษา โดยพบว่า ร้านค้าผลิตภัณฑ์เหล่านี้มักจะขึ้นต้นข้อความเพื่อให้เกิดการค้นหาคำว่า “ร้าน..” ตามด้วยชื่อร้าน และตามด้วยคำที่แสดงสินค้าที่ขาย เช่น คำว่า *ห่อหมก* หรือคำที่วงการเสพนิยมใช้กัน เช่น คำว่า *สายเขียว* และมีการใช้ hashtag ที่ผู้ค่านิยมใช้ต่อท้าย เช่น #พลังใบ #สายเขียว #สิน หรือพบว่า วงการค้าขายเห็ดเมฆ จะใช้ศัพท์เฉพาะว่า *magic mushroom* หรือ *shroom* หรือ *เห็ดวิเศษ* เป็นต้น โครงการนี้จึงเลือกใช้ search term ที่สอดคล้องกับสถานการณ์การค้าในออนไลน์จริง เพื่อให้ได้ผลที่มีการกลั่นกรองให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของโครงการมากขึ้น และเพื่อให้ Google แสดงผลเฉพาะร้านค้าเท่านั้น อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ค่านิยมใช้ hashtag รวมกันหลายคำ ซึ่งผลจากการค้น จะนำไปสู่ร้านเดียวกันเสมอ

ทั้งนี้ การใช้ search term ด้วยคำว่า “ร้าน..” และ hashtag ที่ผู้ค่านิยมใช้ต่อท้าย จะช่วยกลั่นกรองข้อมูลหลายประเภทที่ไม่ได้ใช้ออกไป เช่น ขาว บทความทางการแพทย์ ข้อมูลอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับการค้าขาย

2) เมื่อ Google แสดงข้อมูลทั้งหมดแล้ว จึงทำการกลั่นกรองโดยคณะทำงาน 3 รายของโครงการวิจัยนี้ ขั้นแรกกลั่นกรองรายชื่อร้านค้าที่ซ้ำกัน เนื่องจากบางร้านเปิดร้านชื่อเดียวกันในแพลตฟอร์มเพื่อขยายร้านก็จะนับเป็นร้าน

เดียวกันแต่แยกแพลตฟอร์ม ขั้นที่สองกลั่นกรองข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ขาวการจับกุมร้านขาย ซึ่งอาจมีติดมาจาก search term และขั้นที่สามคือ ทำการจัดลำดับร้านค้าที่กลั่นกรองที่พบในแต่ละแพลตฟอร์ม เนื่องจากจำนวนร้านค้ามีมาก และกระจายอยู่ใน e-commerce platform ด้วยเช่นกัน ซึ่งโครงการจะติดตามเข้าไปสำรวจใน e-commerce platform หากพบว่ามี

3) เมื่อทำการบันทึกข้อมูลร้านค้าแล้ว จะทำการวิเคราะห์และสืบค้นในขั้นแรก คือ เลือกบัญชีร้านค้าบนหุไฟฟ้าที่มีผู้ติดตามสูงสุด หรือเกิน 10,000 followers ในแต่ละแพลตฟอร์มจำนวน 1-10 อันดับ เพื่อศึกษาวิเคราะห์เชิงลึกต่อไป ถ้ามีรายชื่อร้านซ้ำกันเนื่องจากร้านค้าออนไลน์จะเปิดร้านชื่อเดียวกันในทุกแพลตฟอร์ม จะทำการตัดออกในแพลตฟอร์มอื่นและเปลี่ยนเป็นร้านอื่นถัดมา

4) ได้ลำดับข้อมูลร้านค้ายอดนิยมที่มีผู้ติดตามสูงสุดในแต่ละแพลตฟอร์มจำนวน 60 ร้านค้า

5) ติดตามข้อมูลและบันทึกโดยบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ถูกวิจัยจัดทำขึ้น เดือนละ 1 ครั้ง เนื่องจากพบว่าร้านค้าจะโพสต์เนื้อหาการขายเดิมซ้ำๆใน 1 อาทิตย์ หรือ re-post เพื่อการมองเห็นเนื้อหาเดิมและคงการส่งเสริมการขายตามระยะเวลา ทั้งนี้ หากร้านมีโพสต์ใหม่ ก็จะสามารถสืบค้นย้อนหลังได้เมื่อเข้าไปตรวจสอบหน้าร้านค้านั้นๆ

6) จัดแบ่งประเภทเนื้อหาของแต่ละสื่อที่พบ และกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยออกแบบไว้เพื่อบันทึกตามกรอบการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการสื่อสารที่พบ รูปแบบการส่งเสริมการ

ขาย ราคาที่ถูกที่สุดและสูงที่สุดในรอบ 1 ปี และ
จำแนกประเภทผลิตภัณฑ์ที่พบ

7) บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกรอก
ข้อมูลสื่อออนไลน์ ในการนี้ ข้อมูลจะถูกแยกเป็น
แต่ละร้านค้าในแต่ละแพลตฟอร์ม รวมทั้งชื่อร้าน
และ URL

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ใช้การตรวจสอบเครื่องมือ โดย
ใช้มาตรวัด Semantic differential scale ที่ใช้
การจำแนกความหมายของคำ เพื่อตรวจสอบ
ความหมายของคำต่างๆที่พบการใช้ในแหล่ง
ออนไลน์เพื่อนำมาสร้างคำค้นและเพื่อการกรอก
แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลร้านค้าออนไลน์ มีการ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content
validity) โดยนักวิชาการ 3 ราย ทดลองให้
คณะทำงานภาคสนาม 3 ราย ใช้เก็บข้อมูลจาก
ร้านค้าตัวอย่างเป็นเวลา 1 อาทิตย์ และนำมา
ปรับปรุงแบบฟอร์มให้เหมาะสมและครอบคลุม
ยิ่งขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ไม่ได้ทำการศึกษาหรือเก็บ
ข้อมูลในมนุษย์ ไม่ได้ใช้เครื่องมือใดๆในการเก็บ
ข้อมูลพฤติกรรม ทศนคติ หรือข้อมูลส่วนบุคคล
ไม่ได้เก็บข้อมูลชื่อนามสกุลบุคคล ไม่ได้สืบทราบ
ชื่อนามสกุลจริงของ influencer, Youtuber
หรือ reviewer ที่พบในออนไลน์ แต่รายงานผล
ในภาพรวมเป็นวิธีการสื่อสารด้วยการใช้บุคคล
เท่านั้นโดยไม่ระบุตัวบุคคล และเก็บข้อมูลทุก
ยูนิตเท่านั้นจากข้อมูลที่เผยแพร่เป็นสาธารณะแล้ว
การศึกษานี้ไม่เข้าเกณฑ์จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการ
วิเคราะห์แบบ content analysis ตามกรอบการ
วิเคราะห์เนื้อหา¹⁰ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น
5 ตัวแปรหลัก ดังนี้

1) ตัวแปรด้านผลิตภัณฑ์และบรรจุ
ภัณฑ์ จำแนกประเภทของผลิตภัณฑ์ที่พบและ
บรรยายรายละเอียดของแต่ละผลิตภัณฑ์ที่
แตกต่างกัน ผลที่ต้องการจากการวิเคราะห์นี้ คือ
ภาพรวมของประเภทผลิตภัณฑ์ที่พบในสังคมไทย

2) ตัวแปรด้านราคา บันทึกและติดตาม
การเคลื่อนไหวด้านราคาขาย หาค่าเฉลี่ยของ
สินค้าที่ราคาใกล้เคียงกันในแต่ละประเภทในปีที่
ศึกษา และหาสินค้าที่ราคาถูกที่สุดในปีที่ศึกษา
ผลที่ต้องการจากการวิเคราะห์นี้ คือ ภาพรวม
ของราคาผลิตภัณฑ์ที่คาดว่าเยาวชนจะสามารถ
เข้าถึงได้และซื้อหาได้โดยสะดวก

3) ตัวแปรด้านแหล่งจำหน่าย และ
สภาพร้านค้าออนไลน์ บันทึกร้านค้าในแต่ละสื่อ
ที่มียอดผู้ติดตามสูงสุดและศึกษาข้อมูลเชิง
คุณภาพของแหล่งจำหน่าย ผลที่ต้องการจากการ
วิเคราะห์นี้ คือ สภาพร้านค้าออนไลน์

4) ตัวแปรด้านการส่งเสริมการขาย และ
กระบวนการขาย บันทึกและแยกประเภทการ
ส่งเสริมการขายออกเป็นแต่ละวิธี นับจำนวน
วิธีการส่งเสริมการขายทั้งหมด ทั้งนี้ ผู้ค้าส่วนใหญ่
จะมีการส่งเสริมการขายที่คล้ายคลึงกันหรือ
ลอกเลียนแบบกัน ผลที่ต้องการจากการ
วิเคราะห์นี้ คือ แนวทางและกลยุทธ์การส่งเสริม
การขายที่มุ่งใจผู้ซื้อ

5) ตัวแปรด้านการโฆษณาและการ
สื่อสาร บันทึกและแยกประเภทการโฆษณาและ

การสื่อสารออกเป็นแต่ละวิธี วิเคราะห์วิธีที่ผู้ค่านิยมใช้มากที่สุด ทั้งนี้ ผู้ค้าส่วนใหญ่จะมีการสื่อสารที่คล้ายคลึงกันหรือลอกเลียนแบบกัน ผลที่ต้องการจากการวิเคราะห์นี้ คือ แนวทางและกลยุทธ์การสื่อสารที่มุ่งใจการซื้อ

รายงานปัญหาการวิจัย

ผลจากการเก็บข้อมูล บันทึกทั้งหมด 60 ร้านค้าและศึกษาเชิงคุณภาพจาก 31 ร้านค้ายอด

นิยมในออนไลน์ รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมใน e-commerce platform อย่าง Lazada และ Shopee เนื่องจากผลการค้นหาบ่งชี้ว่าพบผลิตภัณฑ์ในแพลตฟอร์มเหล่านี้ด้วยผลการศึกษการแพร่กระจายผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่มีดังนี้

Table 1 the spread of new addictive product

No.	Product	Result of spreading found in social media in year 2021-2022	Result of spreading in e-commerce platforms (Lazada, Shopee) in year 2021-2022	Result of spreading in all platforms, including e-commerce, in year 2022-2023
1	1.1 Syrup drink as a substitute to cough syrup	Found in every platform	Found in e-commerce platform	Found in every platform, including e-commerce platforms
	1.2 Kratom leaf	Found in every platform	Found in every platform	Found in every platform, including e-commerce platforms
	1.3 Kratom extracted juice/ mixed drink	Found in every platform	Found in every platform	Found in every platform, including e-commerce platforms
	1.4 Cannabis juice/ mixed drink	Found in every platform	Found in every platform	Found in every platform, including e-commerce platforms
	1.5 Cannabis/Terpene jelly	Found in every platform	Found in every platform	Found in every platform, including e-commerce platforms
2	2. Cannabis leaf (fresh and dried)	Found in every platform	Not found	Found in every platform, including e-commerce platforms
3	3.1 Cannabis rolled cigarette	Found in every platform	Not found	Not found in e-commerce platform but found in

No.	Product	Result of spreading found in social media in year 2021-2022	Result of spreading in e-commerce platforms (Lazada, Shopee) in year 2021-2022	Result of spreading in all platforms, including e-commerce, in year 2022-2023
				every social media platform
	3.2 E-cannabis vape	Found in every platform	Not found	Not found in e-commerce platform but found in every social media platform
	3.3 Magic mushroom	Found in every platform	Not found	Not found in e-commerce platform but found in every social media platform
	3.5 Kratom candy/sweets	Found in every platform	Not found	Found in every platform, including e-commerce platforms
	3.6 Cannabis candy/sweets	Found in every platform	Not found	Found in every platform, including e-commerce platforms
4	Laughing gas	Found in Facebook	Not found	Not found

จากตารางที่ 1 The spread of new addictive product สรุปได้ว่า ผลิตภัณฑ์ที่พบการแพร่กระจาย ในทุกแพลตฟอร์มสื่อสารและในทุกแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 คือ ผลิตภัณฑ์หัวเขื่อน้ำหวาน ทดแทนยาแก้ไอ ใบกระท่อม น้ำกระท่อม/เครื่องดื่มกระท่อม น้ำกัญชา/เครื่องดื่มกัญชา และเยลลี่เมาหรือเยลลี่กัญชาหรือเยลลี่ผสมเทอร์ปีน (Terpene) พบในทุกสื่อ

ผลิตภัณฑ์ที่พบการขายมากที่สุด ในทุกแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียและทุกแพลตฟอร์ม

ค้าขายสาธารณะ คือ ผลิตภัณฑ์หัวเขื่อน้ำหวาน ทดแทนยาแก้ไอ

ผลิตภัณฑ์ที่พบการขายในแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียเท่านั้น โดยพบในทุกแพลตฟอร์มสื่อสารออนไลน์ แต่ยังไม่พบในแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะในปีพ.ศ.2564 และปลายปี พ.ศ.2565 คือ กัญชาสด และแห้ง อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการประกาศปลดล็อกกัญชาในปี 2565 แล้วนั้น พบว่า ในแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ มีการค้าขายกัญชา ทั้งกัญชาต้น และกัญชาแห้ง เพื่อสูบ โดยการขายต้นกัญชา ปู และอุปกรณ์ปลูกนั้น ขายอย่างเปิดเผยเนื่องจากไม่ผิด

กฎหมาย ส่วนการขายกัญชาแห้งและช่อดอกเพื่อการสูบนั้น พบว่า มีการขายแบบแอบแฝง โดยใช้ชื่อเรียกอื่นเพื่อไม่ให้ระบบตรวจจับได้ เช่น ใช้คำว่า *สายสมุนไพรรชียว* เป็นต้น

ผลิตภัณฑ์ที่พบการขายในทุกแพลตฟอร์มสื่อสารออนไลน์อีก 5 ประเภท คือ 1) ขนมหัดแปลงจากกระท่อม 2) ขนมหัดแปลงจากกัญชา 3) เห็ดเมา 4) บุหรี่กัญชาแมว และ 5) กัญชาไฟฟ้า ส่วนกัญชาไฟฟ้าและบุหรี่ยกัญชา รวมทั้งเห็ดเมายังไม่พบในแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ ณ เวลาที่สำรวจ

ผลิตภัณฑ์ที่พบการขายน้อยที่สุด คือ ก๊าซหัวเราะ พบใน Facebook เท่านั้น เฉพาะในปี พ.ศ. 2564 ไม่พบในสื่ออื่น และไม่พบในแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา

ผลิตภัณฑ์ที่พบการดัดแปลงมากที่สุด คือ กัญชาและกระท่อม ทั้งดัดแปลงเป็นเครื่องดื่ม กาแฟ ชา และขนม ซึ่งขนมนี้มีหลายประเภทในส่วนการดัดแปลงเป็นเครื่องดื่ม กาแฟ และชานั้น พบว่า มีแนวทางการโฆษณาอ้างสุขภาพ ลดน้ำหนัก ส่วนกาแฟและชากระท่อมนั้นโฆษณาในสรรพคุณชูกำลัง คุมหิวและลดความอ้วน ลดเบาหวาน ลดน้ำตาลและไขมันโดยโฆษณามุ่งไปที่กลุ่มผู้หญิง สิ้นค้ากาแฟและชากระท่อมเพื่อชูกำลังและลดความอ้วนนั้น พบมากในแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ

ผลิตภัณฑ์ดัดแปลงจากกัญชาที่พบมากที่สุดหลังปี พ.ศ.2565 เป็นต้นมา คือ กลุ่มขนมอบ ซึ่งพบทุกประเภท ประเภทที่พบมากที่สุดในทุกแพลตฟอร์มสื่อสารและแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ คือ บราวนี่กัญชา และคุกกี้กัญชา โดย

โฆษณาในเชิงมีนเมา อารมณ์ดี เคลิ้มลอย ในแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ จะค้าขายกลุ่มขนมเหล่านี้แบบแอบแฝง ผลิตภัณฑ์ดัดแปลงจากกัญชาที่พบมากที่สุดหลังปี พ.ศ.2565 รองลงมาอีกประเภท คือ กลุ่มลูกอม เยลลี่และชอคโกแลตผสมกัญชา พบในทุกแพลตฟอร์มสื่อสารและแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ โดยโฆษณาในเชิงมีนเมา อารมณ์ดี เคลิ้มลอย และรับประทานง่าย

สื่อโซเชียลมีเดีย ที่พบผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่ครบทุกประเภท คือ Facebook

สื่อใหม่ ที่พบว่า เริ่มมีการแพร่กระจายผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่คือ Tik Tok

นอกจากสื่อโซเชียลมีเดีย แพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะออนไลน์ ก็กลายเป็นช่องทางแพร่กระจายและจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่ด้วยเช่นกัน แต่มีลักษณะแอบแฝง เพื่อไม่ให้ระบบตรวจจับได้

พบการค้าขายเยลลี่เมา ผลิตภัณฑ์หัวเขื่อน้ำหวานทดแทนยาแก้ไอ ใบกระท่อม น้ำกระท่อมบรรจุขวด ผงกระท่อมที่โฆษณาว่าใช้ต้มน้ำกระท่อม ในแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ คือ Lazada และ Shopee โดยพบว่า การค้าขายน้ำกระท่อมบรรจุขวดนั้น เลี่ยงไปใช้คำว่า น้ำสมุนไพรรสแต่นขวดเขียนคำว่า น้ำกระท่อม และสามารถแสดงรูปกำลังต้มน้ำกระท่อม รูปสินค้าน้ำกระท่อมหรือผงกระท่อม และสามารถแสดงข้อความอ้างสรรพคุณในแพลตฟอร์มค้าขายเหล่านี้ได้อย่างเสรีและโจ่งแจ้ง

จากการศึกษา พบว่า มีผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ในสื่อโซเชียลมีเดียในสังคมไทย จำนวน 20 ผลิตภัณฑ์ (ไม่นับรวมยา

เสพติดประเภทที่ 1-2 เช่น โคเคน ยาไอซ์ ยาบ้า) ดังนี้

1) **ผลิตภัณฑ์ยาแก้ไอน้ำเชื่อมบรรจุขวด** ใช้สำหรับผสมเครื่องดื่มเสพติดที่เรียกว่า *ลี้คูมร็อย* ยี่ห้อที่นิยมลักลอบจำหน่ายมากที่สุด คือ ยี่ห้อ *Datissin* ชื่อการค้า *ดาทิสซิน* เลขทะเบียนยา 2A 193/43 ผู้เสพผู้ขายนิยมเรียกชื่อยานี้ในการค้าขายว่า “ฝาแดง” และคำนี้ กลายเป็น key word ที่มีการค้นหาใน Google มากที่สุดคำหนึ่ง

2) **เครื่องดื่ม Lean** เป็นผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มเสพติดสำเร็จรูปสร้างความมึนเมาแบบเดียวกับการใช้ยาแก้ไอผสมเครื่องดื่มเสพติด ใช้ผสมกับน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทั้งนำเข้าจากต่างประเทศ และผลิตในประเทศไทย จุดเด่นที่เป็นสัญลักษณ์ของเครื่องดื่ม Lean คือ น้ำยาสีม่วง

3) **ผลิตภัณฑ์หัวเขื่อน้ำหวานทดแทนยาแก้ไอ ที่เลียนแบบบรรจุภัณฑ์และชื่อยาแก้ไอ** เช่น ตั้งชื่อสินค้าว่า “เอทิสซิน” เพื่อเลียนแบบยาแก้ไอยี่ห้อ *Datissin* หรือตั้งชื่อสินค้าว่า “เอคโค” เพื่อเลียนแบบยาแก้ไอยี่ห้อ *เอคลอร์ดีล* เป็นต้น และเลียนแบบบรรจุภัณฑ์ฉลาก รูปบนฉลาก ตัวอักษร สี ให้เหมือนยาแก้ไามากที่สุด

4) **ผลิตภัณฑ์หัวเขื่อน้ำหวานทดแทนยาแก้ไอ โดยไม่เลียนแบบยาแก้ไอ** มีการตั้งชื่อใหม่ เช่น ชื่อ “แอตแลนติก” เป็นต้น มีบรรจุภัณฑ์แบบใหม่ เช่น แบบซอง และเรียกผลิตภัณฑ์ตนเองว่าน้ำหวานเข้มข้น หรือ หัวเขื่อน้ำหวาน เพื่อเลี่ยงกฎหมาย วัตถุประสงค์ใช้เพื่อผสมน้ำดื่มกระป๋อง หรือผสมเครื่องดื่มอื่นเพื่อสร้างความมึนเมาเหมือน *ลี้คูมร็อย*

5) **เห็ดเมา เห็ดขี้ควาย** พบจำหน่ายทางออนไลน์ในรูปแบบเห็ดสด เห็ดแห้ง ก้อนเชื้อเห็ด ชุดปลูกเห็ดที่บ้าน (grow kit) และแคปซูลเห็ดสกัด

6) **ใบกระท่อม**

7) **น้ำกระท่อมบรรจุขวด** และเครื่องดื่มกระป๋อง ที่พบมากที่สุดคือ น้ำกระท่อมบรรจุขวดพร้อมดื่มและผสมยาแก้ไอแบบ *ลี้คูมร็อย*

8) **ผลิตภัณฑ์กระป๋องสกัด** กระป๋องแห้ง ผงกระป๋องบรรจุถุง โดยสื่อสารว่า นำไปใช้ต้มน้ำกระท่อมทดแทนใบสดได้สะดวกกว่า

9) **กัญชา** พบการจำหน่ายในทุกรูปแบบ ตั้งแต่กัญชาแห้ง แคปซูลกัญชา กัญชาสกัด ขนบกัญชา อมยิ้มหรือลูกอมกัญชา เยลลี่กัญชา กัญชาอัดแท่งหรืออัดแท่ง พบทางออนไลน์ และการโฆษณา มักใช้คำว่า “สายเขียว” หรือ “สายสมุนไพร”

10) **บุหรี่ยาสูบใส่กัญชา** หรือที่เรียกว่า “พันลำ” พบทางออนไลน์ในรูปแบบบุหรี่ยาสูบสำเร็จรูปยัดใส่กัญชา หรือชุดอุปกรณ์มวนบุหรี่ยาสูบใส่กัญชาและกระดาดมวน

11) **กัญชาไฟฟ้า** หรือ CBD/THC vape พบว่า เป็นสินค้านำเข้าจากต่างประเทศ

12) **น้ำยาเติมบุหรี่ยาสูบรสกัญชา** กลิ่นกัญชาหรือสกัดจากกัญชา สำหรับเติมบุหรี่ยาสูบไฟฟ้า

13) **น้ำกัญชาบรรจุขวด** และเครื่องดื่มกัญชาทุกประเภท

14) **ผลิตภัณฑ์กลุ่มเยลลี่เมา** เยลลี่กัญชาหรือผสมกลิ่นกัญชา และเยลลี่เหล้า

15) **ผลิตภัณฑ์กลุ่มขนมผสมกัญชา** ที่พบมากที่สุด คือ บราวนี่กัญชา และ คูกี้กัญชา

16) **ผลิตภัณฑ์กลุ่มขนมผสมกระท่อม** หรือดัดแปลงจากกระท่อม ที่พบมากที่สุด คือ คูกี้กระท่อม เยลลี่กระท่อม

17) **ผลิตภัณฑ์กลุ่มขนมจากกัญชง** (hemp) หรือดัดแปลงจากกัญชง ที่พบมากที่สุด คือ คูกี้กัญชง และ ป๊อปคอร์นกัญชง

18) **ก๊าชหัวเราะ** พบการจำหน่ายในรูปแบบบรรจุลูกโป่งเรียกว่า “ลูกโป่งหัวเราะ”

19) **ป๊อปเปอร์ (Popper)** เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีกลุ่มผู้ใช้ผู้เฉพาะเจาะจงมากกว่าผลิตภัณฑ์อื่น การโฆษณา มักจะสื่อให้เข้าใจโดยนัยว่า การเสพป๊อปเปอร์ด้วยวิธีการสูดดม จะช่วยเพิ่มอารมณ์เพศและความสนุกสนาน

20) **ชุดผลิตภัณฑ์ DIY สำหรับต้มเครื่องตีเมเสพติด 4 คุณ 100 ด้วยตนเอง** ประกอบไปด้วย ใบกระท่อม ยาแก้ไอ น้ำเชื่อม หรือผลิตภัณฑ์ทดแทน และยาทรามาดอลหรือที่เรียกกันว่า “เขียวเหลือง” โดยพบจำหน่ายเป็นชุดทางออนไลน์

ผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ที่พบจำหน่ายในท้องตลาดไทยในการศึกษานี้มีทั้งหมด 20 ประเภท ทุกผลิตภัณฑ์พบได้ในช่องทางโซเชียลมีเดียในสังคมไทยพบในทุกแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย ได้แก่ Facebook, Line, Twitter, Youtube, Instagram และ Tik Tok โดยไม่มีการปิดบังหรือลักลอบซ่อนเร้นแต่อย่างใด หากแต่จำหน่าย ส่งเสริมการขายอย่างโจ่งแจ้ง และเสรีในทุกสื่อ ผลิตภัณฑ์มีทั้งนำเข้าจากต่างประเทศและผลิตในประเทศ

ผลิตภัณฑ์ที่พบการขายมากที่สุด 3 ลำดับ คือ 1) หัวเขื่อน้ำหวานทดแทนยาแก้ไอ 2) ผลิตภัณฑ์กระท่อมและกระท่อมดัดแปลง และ 3) ผลิตภัณฑ์กัญชาและกัญชาดัดแปลง ผลิตภัณฑ์ที่พบน้อยที่สุด คือ ก๊าชหัวเราะ

ทั้งนี้ มีผลิตภัณฑ์เสพติดชนิดเก่าที่ยังคงได้รับความนิยมอยู่ คือ กระท่อม ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF, Balthip Q.¹¹ ซึ่งการเสพใบกระท่อมในรูปแบบเดิมคือการเคี้ยวใบและการต้มน้ำ การศึกษานี้ ก็ยังคงพบการขายกระท่อมเพื่อการเสพใบและน้ำในรูปแบบเดิมและในรูปแบบใหม่ได้แก่ น้ำกระท่อมผสมยาแก้ไอพร้อมดื่มสำเร็จรูป และลูกอมกระท่อม กระท่อมอัดแท่ง กระท่อมผง เพื่อการนำไปต้มน้ำได้ง่ายขึ้น และเพื่อหวังผลด้านการรักษาโรค

ในด้านสถานการณ์ราคา สินค้าที่ราคาสูงที่สุดในการศึกษานี้คือ กัญชา มีราคาตั้งแต่ขีดละ 350-1,000 บาท ส่วนสินค้าที่ราคาถูกที่สุด คือ ผลิตภัณฑ์น้ำหวานทดแทนยาแก้ไอที่ผลิตในประเทศ มีราคาขวดละ 50-80 บาท หากซื้อยกถัง (50 ขวด) จะมีราคาขวดละ 30 บาท

ในด้านสถานการณ์ด้านบรรจุภัณฑ์พบว่า ผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่มีการออกแบบบรรจุภัณฑ์อย่างสวยงาม ใช้ภาพการ์ตูน ผลไม้ ใช้สีสันสวยงามเป็นหลักบนบรรจุภัณฑ์และใช้ข้อความโฆษณาชวนเชื่อ เพื่อสื่อให้เข้าใจผิด 3 ประการ คือ ปลอตภัย ไม่เสพติด และมีเมามาแบบสนุกสนาน ในด้านสินค้าเกี่ยวกับกัญชาและเห็ดเมา มักใช้ภาพการ์ตูนสัตว์ และใช้ภาพสัญลักษณ์ใบกัญชาหรือ “สายเขียว” เพื่อสื่อถึงความมีเมามาแบบล่องลอย (euphoria) ส่วนผลิตภัณฑ์หัว

เขื่อน้ำหวานนิยมออกแบบบรรจุภัณฑ์เลียนแบบยาแก้ไอทุกประการตั้งแต่รูปทรงขวด ฉลาก และชื่อสินค้าเพื่ออาศัยโยงการรับรู้แบบอ้างอิงยาแก้ไอ ส่วนผลิตภัณฑ์เสพติดอื่นมักออกแบบบรรจุภัณฑ์ให้คล้ายบรรจุภัณฑ์ขนมหรือลูกกวาด เพื่อลดทอนความเป็นอันตรายของผลิตภัณฑ์และทำให้เข้าใจผิดว่าไม่เป็นอันตราย

ในด้านช่องทางขาย พบว่า ทุกแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียในประเทศไทย ถูกใช้เพื่อการค้าขายผลิตภัณฑ์เสพติดทุกแพลตฟอร์มรวมทั้งแพลตฟอร์ม e-commerce อย่าง Shopee และ Lazada พบว่าสื่อที่ถูกใช้มากที่สุด คือ Facebook ใช้เป็นช่องทางการขายหลัก เพื่อโฆษณาสินค้าโดยตรง เพื่อดึงดูดลูกค้ากระจ่ายการขาย และเชื่อมโยงไปยังช่องทางการขายอื่น ในส่วนสถานการณ์ร้านค้า พบว่าผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่ที่ศึกษา มีจำหน่ายในช่องทางโซเชียลมีเดียเท่านั้น ไม่มีผู้ขายรายใดเปิดร้านกายภาพ (physical shop) ผู้ขายทุกรายมีร้านค้าเสมือน (virtual shop) อยู่ในโลกออนไลน์เท่านั้น แต่แสดงชื่อผู้ขายในบัญชีและช่องทางการจ่ายเงินสำหรับลูกค้า

ในด้านการกระจายสินค้า พบว่า ส่งด้วยบริการขนส่งหรือไปรษณีย์เอกชน ไม่นิยมใช้บริการไปรษณีย์ไทย ส่งด้วยบริการรับส่งสินค้าด้วยจักรยานยนต์ เช่น Grab เป็นต้น บริการส่งด่วน รวมทั้งส่งด้วยตัวเองแบบนัดรับหรือ “ชนมือ” ซึ่งพบในกลุ่มค้าขายกัญชาและน้ำกระท่อมผสมยาแก้ไอ

การศึกษานี้พบว่าการส่งเสริมการขายด้านราคาหรือ sales promotion ที่ผู้ขายผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่นิยมใช้มาก

ที่สุด มี 9 วิธี โดยการส่งเสริมการขายที่พบมากที่สุดคือ การลดราคา รองลงมาคือ การเสนอราคาพิเศษ โดยมีเงื่อนไขกับผู้ซื้อ และการจูงใจให้ซื้อในปริมาณมากเพื่อได้ส่วนลด หรือ bulk buying

การศึกษานี้พบการสื่อสารของผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่อยู่ในช่องทางโซเชียลมีเดียทุกช่องทาง ดังนี้

- 1) กลุ่มแพลตฟอร์มสนทนา : Facebook ใช้โฆษณาสินค้าโดยตรง ส่วน Line มีไว้สำหรับติดต่อเจรจาซื้อขาย
- 2) กลุ่มแพลตฟอร์มข้อความสั้น : Twitter มีไว้โฆษณา และลง ID Line และเบอร์โทรศัพท์ เพื่อให้ลูกค้าติดต่อซื้อขายกันใน Line
- 3) กลุ่มแพลตฟอร์มวิดีโอขนาดสั้นและยาว : Youtube และ Tik Tok โดยใช้ Tik Tok โฆษณาภาพสินค้าประกอบเพลง
- 4) กลุ่มแพลตฟอร์มภาพ : Instagram ใช้โฆษณาภาพสินค้าอย่างสวยงาม

การศึกษานี้พบลักษณะเนื้อหาการสื่อสาร 15 รูปแบบ โดยพบว่า วิธีที่ผู้ค้านิยมใช้ คือ การว่าจ้าง reviewer ใช้บุคคลผู้มีอิทธิพลทางการสื่อสารหรือใช้บุคคลที่มีแรงดึงดูดใจ เช่น นักเรียนในชุดนักเรียน นักแสดง นำเสนอสินค้า จ้างสาธิตบริโภคสินค้าให้ชม บรรยายสรรพคุณพร้อมระบุแหล่งซื้อหรือแนบลิงค์ขายสินค้า การสื่อสารเพื่อค้าขายผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่เน้นการสร้างมายาคติเรื่องความมันเมา ให้กลายเป็นแฟนตาซี (fantasy) หรือเผยแพร่ข้อมูลชวนเชื่อว่าความมันเมาเคลิ้มลอยเป็นการสร้างสรรค์จินตนาการใหม่ เป็นสันตนาการใหม่ เป็นสิทธิส่วนบุคคลในสังคมสมัยใหม่ และไม่อันตราย

รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การแจ้งเลขทะเบียนผลิตภัณฑ์จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เป็นเท็จ เพื่อให้ผู้ซื้อเชื่อว่าปลอดภัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ในสังคมไทย 20 ผลิตภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ที่พบการขายในทุกแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียและแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะ และเป็นผลิตภัณฑ์ที่ราคาสูงที่สุด คือ ผลิตภัณฑ์หัวเขื่อน้ำหวานทดแทนยาแก้ไอ

ผลิตภัณฑ์ที่พบการขายในทุกแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย คือ กัญชาและกระท่อม หลังปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีการขายกัญชาและกระท่อม ในแพลตฟอร์มค้าขายสาธารณะด้วยเช่นกัน แต่มีลักษณะแอบแฝง

ทุกผลิตภัณฑ์ที่ศึกษา พบร้านค้าในทุกแพลตฟอร์มออนไลน์ในสังคมไทย เปิดการขายอย่างเสรีและเปิดเป็นร้านสาธารณะ พบการส่งเสริมการขาย การโฆษณาสรรพคุณและการส่งสินค้าอย่างโจ่งแจ้งทุกร้านค้า

บรรจุภัณฑ์ถูกออกแบบให้มีลวดลายการตูนเพื่อความสวยงามและลดทอนอันตรายของสินค้า (harm reduction) แรงขับเคลื่อนเบื้องหลังผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดชนิดใหม่คือ แรงขับเคลื่อนด้านการตลาด ได้แก่ การโฆษณาส่งเสริมการขายและการโฆษณาทุกช่องทาง เพื่อยุยายการขายสินค้าเหล่านี้ การส่งเสริมการขายอย่างมากมาย การโฆษณาอย่างโจ่งแจ้ง การสร้างมายาคติเรื่องความมินมที่ไม่อันตราย การอ้างอิงเลขทะเบียนผลิตภัณฑ์จากหน่วยงานรัฐ รวมทั้งการส่งสินค้าด้วยระบบโลจิสติกส์สมัยใหม่ที่รวดเร็ว ง่ายตาย และสะดวก

การขาดการปราบปรามควบคุมทั้งในช่องทางออนไลน์และระบบส่งสินค้าด้วยไปรษณีย์เอกชน คือ ปัญหาใหญ่ของผลิตภัณฑ์เสพติดสมัยใหม่ที่เป็นความเสี่ยงในการเข้าถึง ซื้อหา และทดลองใช้ของกลุ่มวัยรุ่นและผู้หญิง และหลังจากการปลดล็อกกัญชาและกระท่อม ก็กลายเป็นการเปิดตลาดให้กับผลิตภัณฑ์ใหม่ดัดแปลงจากกัญชาและกระท่อมมากขึ้น และเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและเยาวชนไทยอย่างยิ่ง

จุดแข็งในการวิจัย

การศึกษานี้ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่เรื่องผลิตภัณฑ์ผสมสารเสพติดสมัยใหม่ในโซเชียลมีเดียซึ่งยังมีองค์ความรู้ไม่มาก โดยเฉพาะกลุ่มผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในรูปคล้ายขนม

จุดอ่อนในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเท่านั้น ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional) ไม่ได้ครอบคลุมการเก็บข้อมูลในระยะยาวต่อเนื่อง ทำการเก็บข้อมูลพื้นฐานผ่าน Google เท่านั้นและใช้คณะบุคคลในการสืบค้นในเวลาที่จำกัดในการเก็บข้อมูล อาจไม่สามารถครอบคลุมร้านค้าออนไลน์ทั้งหมดอย่างต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการทบทวนการประกาศปลดล็อกพืชกัญชาและควรพิจารณาชะลอการประกาศปลดล็อกพืชเสพติดชนิดอื่นๆเช่น เห็ดขี้ควายและเห็ดเมา ที่อาจตามมา เนื่องจากทำให้เกิดการค้าขายผลิตภัณฑ์เหล่านี้ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น และควบคุมได้ยาก¹² ดังตัวอย่างจากหลายประเทศที่เปิดเสรีกัญชาจะพบปัญหาหลักคือการควบคุม^{13 14} รวมทั้งมีบทลงโทษอย่างจริงจังใน

การใช้ฉลากและการสร้างบรรจุภัณฑ์ที่ลอกเลียนผลิตภัณฑ์อื่นด้วยเช่นกัน เพราะสร้างการลวงตาได้¹⁵

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและมีข้อจำกัดด้านเวลา ควรมีการศึกษาต่อในเชิงผสมผสานและมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลนานขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ศึกษาการเสพติด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

Reference

1. Sirach Lapyai. Happy jelly and other product: a study of new additctive product marketing situation in social media. Bangkok: Centre for Addiction Study, Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2022. (in Thai)
2. Spindle, T.Bonn-Miller, M. Vandrey, R. Changing landscape of cannabis: novel products, formulations, and methods of administration. Current Opinion Psychology 2019; 30: 98–102.
3. Tettey, N.Siddiqui, K. Llamoca,H, Nagamine,S. and Ahn, S. Purple Drank, Sizurp, and Lean: Hip-Hop Music and Codeine Use, A Call to Action for Public Health Educators. International Journal of Psychological Studies 2020; 12 (1).

4. Kotler P, Armstrong G. Principles of marketing. New York: Pearson; 2014.
5. Booms, B.H and Bitner, M.J. Marketing Strategies and Organization Structures for Service Firms. Chicago; Marketing of Services, American Marketing Association; 1981.
6. Cavasoz-Rehg P, Zewdie K, Krauss M, Costello,S. No High Like a Brownie High: A Content Analysis of Edible Marijuana Tweets. American journal of health promotion 2017;AJHP 32(4):089011711668657 DOI:10.1177/0890117116686574
7. Hamad EO, Savundranayagam MY, Holmes JD, Kinsella EA, Johnson AM. Toward a Mixed-Methods Research Approach to Content Analysis in The Digital Age: The Combined Content-Analysis Model and its Applications to Health Care Twitter Feeds J Med Internet Res 2016;18(3):e60doi: 10.2196/jmir.5391PMID: 26957477PMCID: 4804105

8. Katsuki T, Mackey TK, Cuomo R. Establishing a Link Between Prescription Drug Abuse and Illicit Online Pharmacies: Analysis of Twitter Data. *J Med Internet Res* 2015;16:17(12):e280. doi: 10.2196/jmir.5144. PMID: 26677966; PMCID: PMC4704982.
9. Snider, J.G., Osgood, C.E. *Semantic Differential Technique: A Sourcebook*. Chicago: Aldine;1969.
10. Berelson, B. *Content analysis in communication research*. Illinois;Free Press;1952.
11. Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF, Balhithip Q. Pattern and consequences of kratom (*Mitragyna speciosa* Korth.) use among male villagers in southern Thailand: a qualitative study. *Int J Drug Policy* 2013; Jul;24(4):351-8. doi: 10.1016/j.drugpo.2012.09.004. Epub 2012 Oct 18. PMID: 23083922.
12. Sirach Lapyai. *Monitoring and knowledge management on health harming product: kratom, cannabis, magic Mushroom and cannabis mixed with Tobacco*. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2023. (in Thai)
13. Sawitri Assanangkornchai, Darika Saingam. *Pattern of use and health effect in local kratom users*. Songkhla: Faculty of Medicine, Prince of Songkhla University; 2015. (in Thai)
14. Room R, Fischer B, Hall W, Lenton S, Reuter P. *Cannabis policy: moving beyond stalemate*. Oxford University Press;2010.
15. Mutti-Packer S, Collyer B, Hodgins D. Perceptions of plain packaging and health warning labels for cannabis among young adults: findings from an experimental study. *BMC Public Health*. 2018; Dec 10;18(1):1361.

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในชุมชนของกรุงเทพมหานคร

ชไมพร สุขมาศ*

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์** ยูพา จิวพัฒน์กุล***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในชุมชนของกรุงเทพมหานคร โดยพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทปิม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 3 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2567 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงานมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และสามารถนำเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารเพื่อวางแผนและนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน/โรคหลอดเลือดสมอง/ความรู้ด้านสุขภาพ/พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่รับบทความ: 7 มกราคม 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 10 เมษายน 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 12 เมษายน 2568

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: juntima.rer@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: yupa.jew@mahidol.ac.th

Effectiveness of a health literacy program on stroke preventive behaviors among working age with hypertension in Bangkok metropolitan communities

Chamaiporn Sukmas*

Juntima Rerkluenrit** Yupa Jewpattanakul***

ABSTRACT

This experimental study aimed to study the effect of a health literacy enhancement program on stroke prevention behaviors among working-age hypertensive patients in Bangkok metropolitan communities. The program was developed based on the health literacy framework of Don Nutbeam. The study samples consisted of 70 patients aged 20-59 years old who were diagnosed with hypertension for at least 3 months and were randomly assigned into an experimental group and a control group with 35 each. The experimental group received an 8-week health literacy program while the control group received routine care. Data was collected from February to April 2024 using questionnaires regarding general information and stroke prevention behaviors. The difference in mean scores of stroke prevention behaviors between the experimental and control groups was analyzed using the Independent t-test. The difference in mean scores of stroke prevention behaviors before and after receiving the program in the experimental and control groups was analyzed using the Paired t-test.

The study found that the experimental group had significantly higher stroke prevention behaviors scores than the control group ($p < .05$). The stroke prevention behavior scores of working-age hypertensive patients in the experimental group before and after receiving the program were significantly different ($p < .05$).

The results of this study revealed that the health literacy enhancement program could be applied to change the behavior of working-age hypertensive patients who are at risk of cerebrovascular disease and presented to administrators to plan and implement policies for the care of hypertensive patients to prevent stroke more effectively.

Keywords: Working age hypertension/Stroke/health literacy/stroke preventive behaviors

Article info: Received: January 7, 2025, Revised: April 10, 2025, Accepted: April 12, 2025

* Graduate student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Mahidol University

**Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University. E-mail: juntima.rer@mahidol.ac.th

***Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University. E-mail: yupa.jew@mahidol.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease) ถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของโลกในด้านอัตราผู้เสียชีวิตและภาระโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) องค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่ามีจำนวนคนทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1,130 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,560 ล้านคน นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.50 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.80 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก¹ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.20 ในปี พ.ศ. 2568² สำหรับประเทศไทยสถิติผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง 2561 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 1,306,070 คน เป็น 1,468,433 คน³ และในปี พ.ศ. 2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีจำนวนสูงถึง 14 ล้านคน อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2559 ถึง 2563 เพิ่มขึ้นจาก 12.05 เป็น 14.22⁴ จากรายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 25.40⁵ ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่มีอัตราความชุกเพียงร้อยละ 24.70⁵ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าช่วงอายุ 15-29 ปี มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 3.30 ช่วงอายุ 30-44 ปี มีอัตราความชุกร้อยละ 13.10 และช่วงอายุ 45-59 ปี มีความชุกร้อยละ

27.20 หากแบ่งตามภูมิภาคพบว่า กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และภาคเหนือ มีอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกันคืออยู่ที่ร้อยละ 27.20-27.50 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีอัตราความชุกที่ต่ำกว่าคือร้อยละ 24.30 และ 21.00 ตามลำดับ⁵

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษาหรือไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นระยะเวลานานมักจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความพิการตามมาโดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ จากข้อมูลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 80 ล้านคน มีผู้ที่มีความพิการจากโรคนี้ถึง 50 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 62.50 และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.50 ล้านคน⁶ Thai Stroke Registry รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงนั้นพบได้ถึงร้อยละ 53.00⁷ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพและได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งต่อทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจตามมา โดยในปีพ.ศ. 2561 พบว่าประเทศไทยมีคนช่วงอายุ 30-69 ปี ที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 15,874 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอยู่ที่ 44.30 ต่อประชากรแสนคน⁶

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 โดยมหาวิทยาลัยมหิดลและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้มีการสุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร จำนวน 12 เขต รวมทั้งหมด 2,640 คน พบว่าในทุกๆ 10 คน จะมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ 3 คน ผลการสำรวจทั่วประเทศพบว่า ร้อยละ 27.20 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมักพักอาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครขณะที่อัตราเฉลี่ยทั้งประเทศมีเพียงร้อยละ 25.40 แสดงให้เห็นว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของคนในพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นสูงกว่าอัตราค่าเฉลี่ยของประเทศ⁵ นอกจากนี้จากข้อมูลทางสถิติของกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกรุงเทพมหานครนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 133,086 ราย เป็น 136,418 ราย³ อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงของกรุงเทพมหานครต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 5.92, 6.31 และ 5.74 ตามลำดับ⁴ ในส่วนของอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของกรุงเทพมหานครต่อประชากรแสนคนระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่าอยู่ที่ 53.25, 60.61 และ 56.55⁶

สาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมานั้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) การไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ จากผลการศึกษาพฤติกรรมของคนวัยทำงานในสถานประกอบการเขตพื้นที่เมืองใหญ่

พบว่าร้อยละ 51.80 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพนั้นไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตนเองได้ โดยให้เหตุผลว่ายุ่งกับการทำงานเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้พบว่าในวัยผู้ใหญ่แล้วยังมีสุขภาพที่แข็งแรงตามช่วงอายุซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงมองข้ามความสำคัญในข้อนี้ไป² 2) ความประมาทหรือการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ที่มีการบริโภคผักและผลไม้ได้ตามคำแนะนำมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 18.90 - 23.30⁵ เป็นสัดส่วนที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 5 และรายงานการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของคนวัยทำงานในพื้นที่เมืองใหญ่พบว่าร้อยละ 65.80 ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ⁸ 3) การขาดความรู้ด้านสุขภาพ ผลจากการประเมินความรู้สุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของคนวัยทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้คิดเป็น ร้อยละ 50.73 ขณะที่อีกร้อยละ 41.94 นั้นอยู่ในระดับไม่ดี โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ พบว่ามีเพียงร้อยละ 7.33 เท่านั้นที่อยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับหลัก 3อ. 2ส. ของกลุ่มคนวัยทำงานนั้นพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 50.25 ในขณะที่ร้อยละ 36.33 อยู่ในระดับไม่ดี และมีเพียงร้อยละ 13.42 เท่านั้นที่อยู่ในระดับดีมาก⁹

ดอน นัทปิม (2008) ได้อธิบายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ทักษะทางปัญญาที่กระตุ้นและเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลให้เข้าใจ เข้าถึง และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ระดับที่สอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) และระดับที่สามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)¹⁰ คุณลักษณะที่ควรพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ (Access skill) คือ ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลรู้วิธีการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตัวเองและการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) คือ ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) คือ ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน รวมถึงการทำให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management) คือ ความสามารถในการตั้งเป้าหมาย วางแผนและลงมือทำตามแผน พร้อมทั้งตรวจสอบวิธีการดำเนินการเพื่อปรับปรุงให้เหมาะสม 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) คือ ความสามารถในการกำหนดทางเลือก การปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการ

ปฏิบัติโดยใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้อง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) คือ ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เสนอโดยสื่อ พร้อมทั้งการเปรียบเทียบวิธีการใช้สื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและคนรอบข้าง รวมถึงการประเมินข้อความที่ถูกสื่อสารเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดของ ดอน นัทปิม (2008) เพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยนั้น เมื่อพิจารณาบริบทของการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยเป็นโรคนี้แล้วก็มักจะเป็นการศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังหรือคลินิกพิเศษอื่นๆ ของโรงพยาบาล หรือมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) ยังไม่มีการศึกษาที่มีการนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมาศึกษาในพื้นที่ของกรุงเทพมหานครซึ่งมีลักษณะพื้นที่เป็นเขตเมืองและมีประชากรพักอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงาน

การศึกษาค้นคว้าได้นำกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทปิม (2008) มาประยุกต์เพื่อสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อพัฒนาทักษะการคิดและทักษะทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนเองในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ เข้าใจ และสามารถใช้อข้อมูลเหล่านั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ นอกจากนี้ในโปรแกรมยังมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารต่างๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ อินเทอร์เน็ต วิดีโอ และ YouTube เข้ามาช่วยในการดำเนินโปรแกรมเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ การติดตาม และยังเป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพในยุคไทยแลนด์ 4.0 ที่เรียนรู้ง่าย น่าสนใจ และเหมาะกับคนวัยทำงาน นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ปี พ.ศ. 2561-2580 ในด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) บริบทการพัฒนาสังคมและทรัพยากรมนุษย์ การใช้เทคโนโลยีในการจัดการทรัพยากร การศึกษาและส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง¹¹ และช่วยสนับสนุนบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ผ่านการเพิ่มพูนทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลอื่นจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในชุมชนของกรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

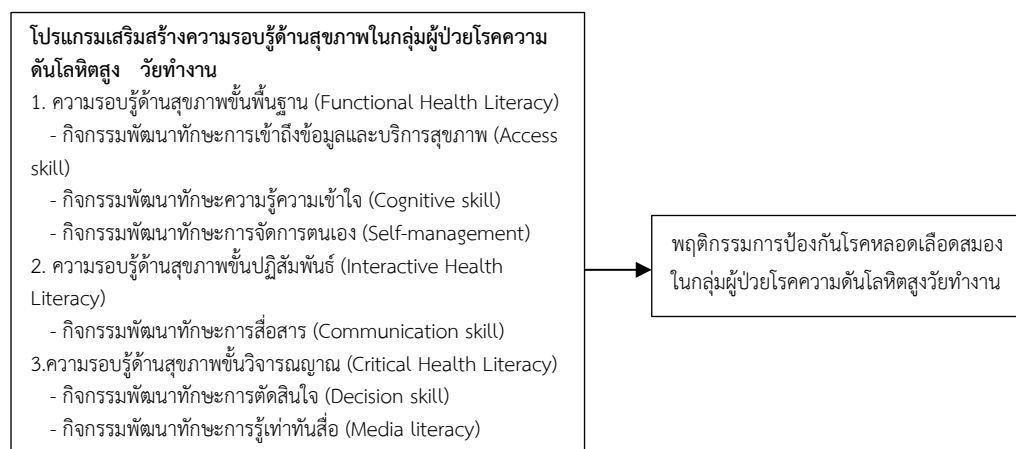
โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial : RCT) ใช้ระยะเวลาสำหรับการศึกษา 8 สัปดาห์ มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในชุมชนของกรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 146,971 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนบ้านบางเขน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่า Alpha เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 คำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากการประมาณค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ซึ่งใช้งานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เมื่อแทนค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ลงในโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.64 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 64 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 70 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 1 แบ่งเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 เขต (อ้างอิงตามข้อมูลสำนักงานปกครองและทะเบียน สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2566) ขั้นตอนที่ 2 สุ่มพื้นที่เขตสำหรับการศึกษา

ด้วยระบบคอมพิวเตอร์มา 1 เขต จากจำนวน 50 เขต ได้เขตบางเขน ขึ้นตอนที่ 3 สุ่มพื้นที่แขวง สำหรับการศึกษาด้วยระบบคอมพิวเตอร์มา 1 แขวง ได้แขวงอนุสาวรีย์ ขึ้นตอนที่ 4 คัดกรอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่มีอายุ 20-59 ปี ที่พักอาศัยในชุมชนบ้านบางเขนของ แขวงอนุสาวรีย์ชัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 35 คน เพื่อเข้าร่วมการทดลองโดยใช้เกณฑ์การคัด เข้าและเกณฑ์การคัดออก และขึ้นตอนที่ 5 จัดสรรกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่ม ควบคุม จำนวน 35 คน ด้วยวิธีการใช้กล่องทึบ สุ่ม (Opaque Cardboard Boxes)

คุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า : 1) เป็นผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงอายุ 20-59 ปี ที่ประกอบ อาชีพและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดัน โลหิตสูงมาไม่น้อยกว่า 3 เดือน 2) มีค่าระดับ ความดันโลหิตระหว่าง $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท ถึง 160/90 มิลลิเมตรปรอท 3) ได้รับยา ในกลุ่ม ACEI เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต อย่างน้อย 1 ชนิด 4) มีโทรศัพท์ที่เชื่อมต่อ อินเทอร์เน็ตและสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 5) การศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับชั้นประถมศึกษา สามารถฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้โดยไม่มี ปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถพูด อ่าน และ เขียนได้ 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

คุณสมบัติเกณฑ์คัดออก : 1) มีความ พิกการทางการเคลื่อนไหว ไม่สามารถยับยั้งแขน หรือขาได้ 2) นอนติดเตียงตลอดเวลา และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 3) มีประวัติเกี่ยวกับ โรคทางจิตหรือแสดงอาการทางจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของรุ่งนภา อะระหง (2560) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ

3. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมพัฒนาทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน 2) คู่มือเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน และ 3) สื่อการสอนประกอบไปด้วยวิดีโอความรู้และรูปภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ นำมาคำนวณหาดัชนีความตรง

ตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้นำไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ หาค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.885 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.730

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าชุมชนในพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากหัวหน้าชุมชนในการประชาสัมพันธ์โครงการผ่านเสียงตามสาย ติดป้ายประชาสัมพันธ์คุณสมบัติตามที่กำหนดให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในชุมชนทราบ

3. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 35 คน เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่

ได้รับขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย กระบวนการเข้าร่วมกิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการออกจากการศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมฯ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อมูลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test)

2. นำเสนอความรู้ผ่านสื่อวีดีโอและรูปภาพเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. แจกคู่มือเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และอธิบายวิธีการใช้คู่มือ

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กิจกรรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยการสาธิตการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ Google, Facebook และ YouTube

ผ่านคำสืบค้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันสืบค้นผ่านโทรศัพท์มือถือหลังจากนั้นให้นำเสนอวิธีการเข้าถึงข้อมูล และแลกเปลี่ยนวิธีการสืบค้นระหว่างกลุ่ม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามและกระตุ้นครั้งที่ 1 โดยสอบถามการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านและที่ทำงานผ่านทาง application LINE ใช้เวลาคนละ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสาร การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทักษะการสื่อสารผ่านการพูด อ่าน เขียน และนำเสนอข้อมูลเพื่อแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5 การติดตามและกระตุ้นครั้งที่ 2 โดยสอบถามการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านและที่ทำงานผ่านทาง application LINE ใช้เวลาคนละ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยใช้ข้อความจากสื่อโฆษณาจำนวน 5 ข้อความ ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันระดมความคิด เขียนลงในกระดาษ และนำเสนอผลงานช่วยกันวิเคราะห์ข้อความนั้นว่าถูกต้องหรือไม่ มีความน่าเชื่อถือหรือไม่ อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้นเป็นอย่างไร สาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้

2. ผู้วิจัยใช้รูปภาพจากสื่อออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ Google, Facebook และ

YouTube ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกและบอกแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ นำเสนอข้อมูลวิธีการเข้าถึงข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่มและนำเสนอระหว่างกลุ่ม

4. สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรมเวทีสะท้อนคิด การประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ได้ การวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด และแลกเปลี่ยนร่วมกันใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8 การติดตามและกระตุ้นครั้งที่ 3

1. โดยสอบถามการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านและที่ทำงาน ใช้เวลาพูดคุยโดยสะท้อนเป็นภาพรวมในกลุ่มใหญ่เกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดตนเอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2. ประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นรายบุคคล และตอบแบบสอบถามการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบสอบถามด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นให้กลุ่มควบคุมปฏิบัติตามกิจกรรมตามปกติ และตอบแบบสอบถามภายหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 และให้คู่มือหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้เข้ารับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.IRB-N2023/814.2010 รับรองตั้งแต่วันที่ 20 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้าชุมชนในพื้นที่ทำการเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูล สิทธิในการถอนตัว รวมถึงการรับรองความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) ตั้งค่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติบรรยายโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.10 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี ร้อยละ 48.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.40 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.10 รายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 48.60 มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 45.70 ดังตารางที่ 1

Table 1 Personal data of the experimental and control groups.

Sample characteristics	Experimental group (n=35)		Control group (n=35)		p-value
	Number	Percent	Number	Percent	
Sex					
Male	12	34.30	15	42.90	.312 ^a
Female	23	65.70	20	57.10	
Age					
31 – 40 years old.	2	5.70	4	11.40	.335 ^b
41 – 50 years old.	16	45.70	13	37.10	
51 – 59 years old.	17	48.60	18	51.40	

Sample characteristics	Experimental group		Control group		p-value
	(n=35)		(n=35)		
	Number	Percent	Number	Percent	
Education level					
Associate degree	2	5.70	1	2.90	.922 ^a
Bachelor's degree	4	11.40	6	17.10	
High school	5	14.30	6	17.10	
Lower secondary school	9	25.70	8	22.90	
Primary education	15	42.90	14	40.00	
Marital status					
single	6	17.10	8	22.90	.834 ^a
	11	31.40	10	28.60	
Widowed/Divorced/Separated					
Married/Couple	18	51.40	17	48.60	
occupation					
Civil	3	8.60	8	22.90	.496 ^a
servants/government employees					
personal business	5	14.30	5	14.30	
State enterprise	6	17.10	3	8.60	
employees					
trade	8	22.90	7	20.00	.535 ^b
work for hire	13	37.10	12	34.30	
Monthly income					
5,001 – 10,000 baht.	1	2.90	2	5.70	.535 ^b
10,001 – 15,000 baht.	17	48.60	18	51.40	
15,001 – 20,000 baht.	7	20.00	6	17.10	
20,001 – 25,000 baht.	8	22.90	8	22.90	
25,001 – 30,000 baht.	1	2.90	1	2.90	
more than 40,000 baht.	1	2.90	0	0.00	

Sample characteristics	Experimental group		Control group		p-value
	(n=35)		(n=35)		
	Number	Percent	Number	Percent	
Duration of hypertension					
0 – 5 years.	13	37.10	15	42.90	.447 ^b
6 – 10 years.	16	45.70	12	34.30	
11 – 15 years.	4	11.40	6	17.10	
16 – 20 years.	2	5.70	2	5.70	

^a = Chi-square, ^b = Independent t-test *

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ($t = 4.33$, $df = 68$) ดังตารางที่ 2

Table 2 Comparison of mean scores of stroke prevention behaviors between the experimental and control groups after receiving the program.

variable	Experimental group (n=35)		Control group (n=35)		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
Food and drug consumption behavior	32.51	3.83	30.17	3.46	2.68	68	.009*
Exercise behavior	19.08	2.16	17.54	2.04	3.06	68	.003*
Stress management behavior and warning signs of stroke	28.31	2.93	26.20	3.72	2.63	68	.010*
Overall cerebrovascular disease prevention behavior	79.91	5.92	73.91	5.63	4.33	68	.000*

*p-value < .05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ($t = -8.49$, $df = 34$) ดังตารางที่ 3

Table 3 Comparison of mean scores of stroke prevention behaviors of the experimental group before and after receiving the program.

variable	Before (n=35)		After (n=35)		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
Food and drug consumption behavior	29.14	5.07	32.51	3.83	-4.34	34	.000*
Exercise behavior	15.28	3.33	19.08	2.16	-10.57	34	.000*
Stress management behavior and warning signs of stroke	23.80	4.70	28.31	2.93	-7.36	34	.000*
Overall cerebrovascular disease prevention behavior	68.22	9.86	79.91	5.92	-8.49	34	.000*

*p-value < .05

การอภิปราย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ผ่านกิจกรรมการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยโปรแกรมประกอบด้วย

1) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอและรูปภาพ

เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การอ่านบททวนความรู้จำกลุ่มเอเสริมสร้างความรอบรู้ที่ผู้วิจัยมอบให้ ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความรู้ และเข้าใจเนื้อหาที่สำคัญในการดูแลตนเองได้ กิจกรรมจับคู่เล่าเรื่องปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่ตนเองกำลังเผชิญ ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ได้รับฟังความคิดเห็นที่หลากหลายจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมคนอื่นๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาระบบการคิด มีทัศนคติและแนวทางในการปฏิบัติที่กว้างขึ้น และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองได้ กิจกรรมสืบค้นคำผ่านเว็บไซต์ต่างๆ เช่น Google, Facebook,

YouTube การเข้าถึงแหล่งข้อมูลและแหล่งบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการสปีคัน ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เห็นกระบวนการ ขั้นตอน และได้ทดลองปฏิบัติจริง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และทักษะในด้านการปฏิบัติ

2) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) การทำกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้พัฒนาทักษะการสื่อสาร ได้แก่ การพัฒนาทักษะด้านการอ่านจากการทบทวนในคู่มือที่ผู้วิจัยมอบให้ พัฒนาทักษะการฟังจากการได้รับฟังความรู้จากสื่อวิดีโอและการแลกเปลี่ยนกับสมาชิกผู้เข้าร่วมโปรแกรมคนอื่นๆ พัฒนาทักษะด้านการพูดจากการเปิดโอกาสให้ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุย แลกเปลี่ยน ประสพการณ์ การอภิปรายกลุ่มและข้อสรุปที่ได้จากกลุ่ม ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถระบุความเสี่ยง วางเป้าหมาย และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิงแก้ว สำรวยริน และนิพิงค์ ศรีเบญจมาศ¹² ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้อยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ไทรงาม อำเภอนางรอง จังหวัดพิจิตร ที่ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพมีความรู้เรื่องการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าทักษะด้านการสื่อสารที่ดีส่งผลทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

3) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ได้แก่ กิจกรรมเวทีสะท้อนคิด ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ฝึกการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล แหล่งที่มาของข้อมูล เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุ สื่อพิมพ์ หรือสื่อออนไลน์ ซึ่งเป็นส่วนสนับสนุนในการพัฒนากระบวนการคิด ไตร่ตรอง และใช้วิจารณ์ญาณในการคัดกรองข้อมูลก่อนนำไปปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยได้ใช้ application LINE มาช่วยในการติดตาม ตอบข้อปัญหาหรือข้อสงสัย ยังเป็นวิธีการสื่อสารที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนแนวทางและวิธีการดูแลตนเองกับผู้วิจัย รวมถึงยังใช้เป็นช่องทางในการให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดังกล่าวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมนั้นเกิดจากการได้รับกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย มานะธูระ¹³ ที่ได้ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติ ในตำบลจักราช อำเภอจักราช จังหวัด

นครราชสีมา ที่ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีความความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ทองเพชร และชนาภา สมใจ¹⁴ ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิษฎา กังข่า และคณะ¹⁵ ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาของ ทิพวัลย์ เปียสะคร้าน และคณะ¹⁶ ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ ธมนวรรณ วงษ์ห่าวศึก¹⁷ (2566) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้เข้าร่วมโปรแกรมนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผ่านการเจ็บป่วยมาซักระยะหนึ่งแล้วอาจทำให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย สามารถเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงรวมถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ดี จึงทำให้เกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จุดแข็งของการวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ ดอน นัทปิม (2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วย การเพิ่มพูนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน มุ่งให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานได้ฝึกปฏิบัติ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ เพื่อที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่ผู้วิจัยนำเสนอผ่านสื่อวิดีโอความรู้ นั้น มีความสั้น กระชับ และเข้าใจง่าย มีการทำกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติและการปรับพฤติกรรม โดยมีแหล่งข้อมูลความรู้ที่น่าเชื่อถือและง่ายในการเข้าถึงข้อมูล มีแบบบันทึกภาวะสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง สลับกับการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้สามารถติดตามพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

3. ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานอยู่ที่ 8 สัปดาห์ เป็นระยะเวลาที่ยาวนานเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกระเบือนหน่าย สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น

จุดอ่อนของการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีโทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือ สมาร์ทโฟนที่สามารถเข้าใช้งาน application LINE ได้

สรุปผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานของกลุ่มทดลองก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ กล่าวโดยสรุปกลุ่ม ทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัย ทำงานมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองดีกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการ ทดลอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการ กระตุ้น ทบทวน และติดตามเป็นระยะเพื่อให้ คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองที่ถูกต้อง ทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือด สมองได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานนี้ไปเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถวัยทำงานในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

2. พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทาง การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ร่วมกับการใช้สื่อเทคโนโลยี เช่น application LINE มาช่วยในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 6-12 เดือน เพื่อศึกษาความต่อเนื่องและยั่งยืนของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน การศึกษาเหล่านี้ควรมีการ กระตุ้นและติดตามพฤติกรรมตามเวลาที่เหมาะสม กับสภาพแวดล้อมและบริบทความต้องการของ ผู้ป่วย

2. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพควรได้รับการพัฒนาและศึกษา ประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น

3. โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพควรได้รับการพัฒนาและศึกษา ประสิทธิภาพในตัวแปรตามอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

Reference

1. Jitautai W, Masingboon K, Moungekum S. Factors Influencing Medication Adherence in Hypertensive Patients without Complications: Burapha University; 2021.
2. Chenli W, Juntao L, Lixia X, Xuemei L, Liang Z. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*. 2017;16:1-11.
3. Department of Disease Control. Number and rate of inpatients in 2016-2018 (high blood pressure, diabetes, coronary artery disease, cerebrovascular disease, COPD) 2019 [Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>.
4. Department of Disease Control, A. Number and mortality rate from 5 non-communicable diseases (NCD) 2016-2020 (high blood pressure, diabetes, coronary artery disease, cerebrovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease) 2022 [Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>.
5. Health Systems Research Institute. Report of the 6th National Health Examination Survey 2019-2020.
6. Department of Disease Control, 2019. Report on the situation of NCDs, diabetes, hypertension, and related risk factors. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2020.
7. Natthakorn Nilnet. Risk factors and prevention of stroke in hypertensive patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(2):51-7.
8. Thongkao S, Kimsungnoen N, Namjuntra R. Effects of educative-supportive program on self-care behaviors and blood pressure levels among young adult patients with uncontrolled hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2021;32(2):73-88.
9. Department of Health Service Support, 2017. Promotion and evaluation of health literacy and health behavior. Bangkok: New Thammada Printing (Thailand) Co., Ltd.; 2017.
10. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. *Social science & medicine* (1982). 2008;67:2072-8.

11. National Strategic Plan 2018 - 2037 (Royal Gazette Announcement) 2018.

12. Samruayruen K, Sribenchamas N. Effectiveness of Medication Using Literacy Program on Medication Use Behaviors among Hypertensive Patients in Pho Sai Ngam health promoting hospital, Bueng Na Rang district, Phichit Province. EAU HERITAGE JOUR Science and Technology (Online). 2019;13(2):297-306.

13. Manatura O. Result of the Health Literacy Development Program of Stroke Alert and the Access to an Emergency Medical Service in High-Risk Patients with Hypertension and Their Relatives in Tambon Chakkarat, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima. Regional Health Promotion Center 9 Journal The Journal for Health Promotion and Environmental Health. 2019;13(32):206-21.

14. Thongpeth J, Som-jai C. The effect of the enhancing empowerment and health literacy developing program on health literacy, Stroke prevention behaviors and clinical outcomes among the stroke high-risk group. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2022;33(2):130-46.

15. Kongs A, Boonyamalik P, Kerdmongkol P. Effects of Health Literacy Promoting Program on Blood Pressure Control Behaviors among Elderly with Hypertension. Kuakarun Journal of Nursing. 2020;27(2):90-102.

16. Pieasakran T, Jiewpattanakul Y, Rerkluenrit J. Effects of a Health Literacy Exercise Program on the Exercise Behaviors and Health Literacy of Older Adults with Hypertension in the Communities, Bangkok Metropolis. Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(4):44-55.

17. Wonghawsuk T. Health literacy and healthy behaviors to prevent complications in hypertensive patients at the Family Medicine Clinic, Primary Care Cluster of Nakornping Hospital. Journal of Nakornping Hospital. 2023;14(2):355-73.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19

พรรณรวิ จรดล* ปาหนัน พิทยภิณู**
สุนีย์ ละกำป็น*** ปัญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัว และปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้แบบจำลองการปรับตัวของรอย เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลแผนกอนามัยชุมชน ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 342 ราย อายุ 23-60 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า มีค่าความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.9-1 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือระหว่าง 0.68-0.83 ระยะเวลาการเก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2566 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลอนามัยชุมชนมีการปรับตัวระดับปานกลาง ($Mean=50$, $SD=7.15$) และปัจจัยทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 และอายุ ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชนได้ร้อยละ 30.2 ($Adjusted R^2=.302$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือ พยาบาลอนามัยชุมชนควรได้รับการส่งเสริมด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์เพื่อให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โรคโควิด-19/ รูปแบบการปรับตัวของรอย/ พยาบาลอนามัยชุมชน

วันที่รับบทความ: 18 พฤษภาคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 30 พฤศจิกายน 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 8 ธันวาคม 2567

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร E-mail Rawy1689@gmail.com

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
E-mail: panan.pic@mahidol.ac.th

, * รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

Factors Related to the Adaptation of Community Health Nurses at Health Service Center of Bangkok Metropolitan Administration during the COVID-19

Punrawee Joradol* Panan Pichayapinyo**

Sunee Lagampan*** Punyarat Lapvongwatana****

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study the adaptation and predictive factors on the adaptation of community health nurses at the Health Service Center of Bangkok Metropolitan Administration in the COVID-19 outbreak situation. Roy's adaptation model was used as a conceptual framework. The samples were 342 community health nurses aged 23-60 years of the Health Service Center of Bangkok Metropolitan Administration. Data was collected between February to May 2023 using Likert scale questionnaires with content validity index between 0.9-1.0 and the reliability between 0.68-0.83. Data was analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The result showed that community health nurses had a moderate level of adaptation (Mean=50, SD=7.15). Factors predicting the adaptation of community health nurses include resilience, COVID-19 outbreak, adverse effects of COVID-19 infection, and age respectively. All factors together can predict the adaptation of community health nurses by 30.2 % (Adjusted $R^2=.302$). The result of this research recommends that community health nurses should be promoted in resilience for appropriate adaptation.

Keywords: COVID-19/ Roy's Adaptation Model/ Community Health Nurses

Article info: Received: May 18, 2024, Revised: November 30, 2024, Accepted: December 8, 2024

*Student in Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner) Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok E-mail: Rawy1689@gmail.com

** Corresponding Author Associate Professor Dr. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok E-mail panan.pic@mahidol.ac.th

, * Associate Professor Dr. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก ทำให้ต้องมีการปรับตัวและมีการปรับเปลี่ยนทั้งระบบ โดยเฉพาะระบบสุขภาพที่มีการปรับตัวอย่างมาก การปรับแผนการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพให้ยืดหยุ่น เพื่อให้สามารถรับมือกับภาวะวิกฤตและก้าวพ้นภาวะนี้ไปได้หรืออยู่ร่วมกับภาวะนี้ได้ โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคภัยร้ายแรงที่ไม่สามารถกำจัดไปได้ในระยะเวลาอันสั้น องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม 2563 และประกาศเป็นภาวะการระบาดใหญ่วันที่ 11 มีนาคม 2563 สำหรับประเทศไทย พบชายไทยรายแรกติดเชื้อ COVID-19 วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 และรายงานจากสำนักงานประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร¹ ณ วันที่ 1 มกราคม 2565 มีผู้ป่วยสะสมประมาณ 2.22 ล้านราย ผู้เสียชีวิตรวม 21,708 ราย โดยพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 สูงสุด

กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดหนึ่งใน 23 จังหวัดที่ถูกจัดให้เป็นพื้นที่สีแดงเข้มที่กำหนดให้มีการควบคุมสูงสุดอย่างเข้มงวดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร² ได้ร่วมมือในการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุข ในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาด โดยกิจกรรมหลักที่ดำเนินการเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันโรค COVID-19 คือ การแยกกัก (Home Isolation: HI)

ในแต่ละเขตของพื้นที่กทม. และการจัดทีมปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 เชิงรุก (Comprehensive COVID-19 Response Team: CCRT) ลงพื้นที่ชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรฝ่ายความมั่นคง บุคลากรของเขตทั้ง 50 เขต ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้ (1) การสำรวจชุมชนเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค คือ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคเมะเร็ง (2) ให้บริการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) (3) ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นก่อนส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการจ่ายยาสมุนไพรรักษาและให้คำแนะนำในการแยกกักที่บ้าน และมอบชุด HI แก่ผู้ป่วยที่สามารถกักตัวที่บ้านได้ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถกักตัวที่บ้านได้ ทีมจะนำส่งศูนย์พักคอยเพื่อส่งต่อ (Community Isolation: CI) (4) ดำเนินการกักกัน (Home Quarantine: HQ) ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่บ้าน และมอบชุด HQ หรือส่งเข้าสถานกักกันโรคในท้องถิ่น (Local Quarantine: LQ) ตามความเหมาะสม (5) ให้บริการฉีดวัคซีนกับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์ (6) สื่อสารทำความเข้าใจให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรค COVID-19 ตลอดจนการปฏิบัติตนให้ห่างไกลจากโรค COVID-19

พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นหนึ่งในทีมการจัดการเชิงรุกของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 69 ศูนย์ โดยในแต่ละศูนย์ฯ จะประกอบด้วยพยาบาลอนามัยชุมชนจำนวน 2-7 คน หน้าที่หลักของพยาบาลอนามัยชุมชน คือ บริหารจัดการและให้บริการทางการพยาบาลผสมผสานการสาธารณสุข เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านประชาชนที่มีสุขภาพปกติ และกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ เพื่อตรวจคัดกรองสุขภาพและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ การสอบสวน ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก เป็นต้น แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 นั้น นอกจากจะต้องรับผิดชอบในหน้าที่แล้ว สิ่งเพิ่มเติม คือ การตรวจคัดกรองค้นหาผู้ติดเชื้อ COVID-19 การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 กับกลุ่มเสี่ยง นักเรียน และประชาชนทั่วไป และการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบความชุกของความเครียดคิดเป็นร้อยละ 45 ในกลุ่มบุคลากรด่านหน้าที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 เนื่องจากการรับภาระงานดูแลและรักษาที่มากขึ้น³ พบความวิตกกังวล ร้อยละ 14.3 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.7 ความกลัว ร้อยละ 91.2 มีรอยโรคที่ผิวหนังจากการสวมชุดป้องกัน (Personal Protective Equipment: PPE) ร้อยละ 94.8 ในกลุ่มพยาบาลด่านหน้าของโรงพยาบาลในเมืองอุฮัน ประเทศจีน

ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรค COVID-19⁴ และพบว่า ช่วงเริ่มต้นของการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศเกาหลีใต้ บุคลากรที่ทำงานด้านหน้าร้อยละ 54.4 คิดว่างานของตนมีความน่าอันตราย⁵ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาใดที่ทำการศึกษาการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชนในสังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าในการดูแลประชากรที่อยู่ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เกิดสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย

แบบจำลองการปรับตัวของรอย (Roy)⁶ ระบุว่าบุคคลจะมีการปรับตัวทั้งทางบวกและทางลบเสมอ เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป หรือเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิต โดยการปรับตัวของบุคคล (adaptive system) ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า 3 ด้าน ได้แก่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง ที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล โดย สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น และให้ความสนใจมากที่สุดหรือมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการปรับตัวของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ในขณะที่สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่นๆที่มีอยู่ในขณะนั้นที่อาจส่งเสริมหรือขัดขวางอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงที่ส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคล และสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในระบบบุคคลที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล และการปรับตัวของบุคคลนั้นจะแสดงออกมา 4 ด้าน ได้แก่

การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) ซึ่งเป็นการปรับตัวตามความต้องการที่จำเป็นทางด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) คือ การปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม เป็นการกระทำบทบาทตามความคาดหวังทางสังคม และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ซึ่งเป็นระบบสนับสนุนที่ช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมายการปรับตัวที่ตั้งไว้

ปัจจัยสำคัญที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคลมีหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานแนวหน้ามีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะการกดดันทางจิตใจ (psychological pressure) และอาการเจ็บป่วยทางกาย (somatic symptoms) ที่เกี่ยวเนื่องกับการทำงาน และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มพยาบาลร้อยละ 25⁷ ในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูง (resilience) จะช่วยเพิ่มความรู้สึกประสบความสำเร็จในตนเองได้⁸⁻¹⁰ และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล^{4,11} ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 นั้น บุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดน้อย¹² และช่วยบรรเทาผลกระทบของความกลัวต่อโรค COVID-19

ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ¹³⁻¹⁴ และการศึกษา¹⁴ ส่งผลต่อการปรับตัวเช่นกัน

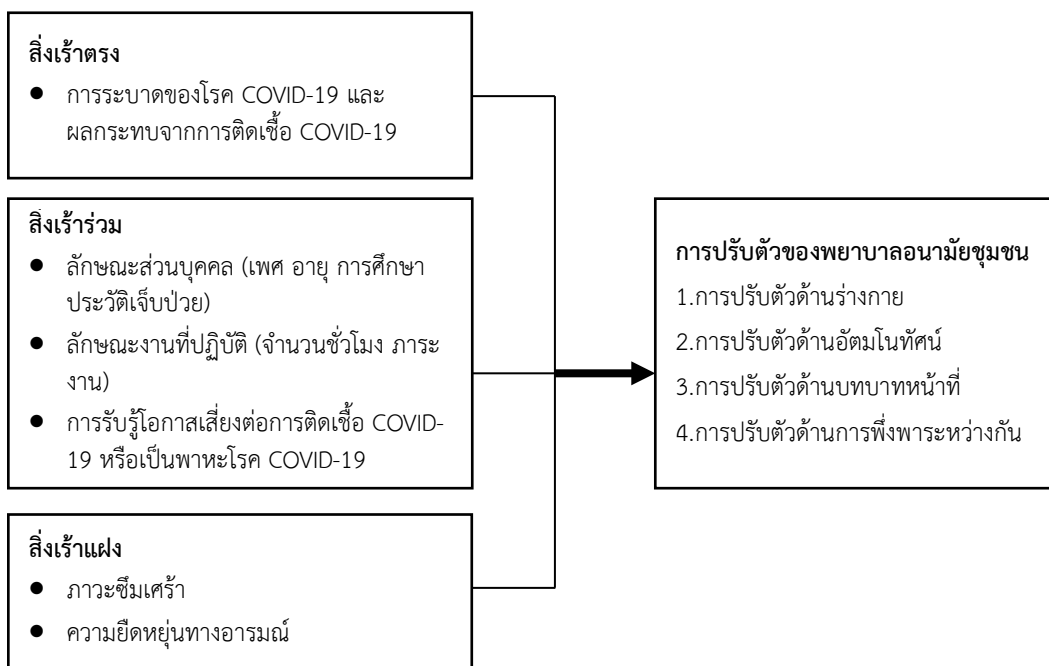
ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ แผนกอนามัยชุมชน ของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จึงมีความสนใจศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพแผนกอนามัยชุมชน ซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยนำแบบจำลองการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการปรับตัวต่อสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอนามัยชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการจัดการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปรับตัวที่ดีต่อสถานการณ์วิกฤตและปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพแผนกอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพแผนกอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ตามแบบจำลองการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร: พยาบาลวิชาชีพ แผนกอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานในช่วงปีงบประมาณ 2566 จำนวน 351 คน

กลุ่มตัวอย่าง: กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 กำหนดความคลาดเคลื่อน ค่าแอลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง สำหรับ Regression analysis เท่ากับ 0.15 ตัวแปรทำนาย จำนวน 13 ตัวแปร โดยใช้โปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 189 คน แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับการวิจัยนี้ ใช้กลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 342 คน จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 351 คน คิดเป็นร้อยละ 97.44 เนื่องจาก 9 ราย ลาคลอด ลาพักผ่อนและติดภารกิจประชุม

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง: การศึกษานี้ ทำการศึกษาประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. **ลักษณะส่วนบุคคล** ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติเจ็บป่วย จำนวน 5 ข้อ

2. **ข้อมูลลักษณะงานที่ปฏิบัติ** ประกอบด้วย คำถามแบบเติมคำเกี่ยวกับ ภาระงานที่ปฏิบัติ จำนวนชั่วโมงในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ

3. การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการระบาดของโรคและการรับรู้ของพยาบาล เรื่องผลกระทบที่เกิดจากโรค ด้านเศรษฐกิจ การปฏิบัติหน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นข้อคำถามมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ โดยไม่เห็นด้วยมากที่สุด = 1 คะแนน ถึง เห็นด้วยมากที่สุด = 4 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 5-9 ได้รับผลกระทบ น้อย คะแนน 10-14 ได้รับผลกระทบปานกลาง และคะแนน 15-20 ได้รับผลกระทบมาก

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเป็นพาหะโรค COVID-19 พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเชื่อของพยาบาล ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ จากการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นข้อคำถามมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ โดยไม่เห็นด้วยมากที่สุด = 1 คะแนน ถึง เห็นด้วยมากที่สุด = 4 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 5-9 รับรู้ระดับน้อย คะแนน 10-14 รับรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 15-20 รับรู้ระดับมาก

5. ภาวะซึมเศร้า วัดจากแบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9)¹⁵ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล สุธิตา สัมฤทธิ์ และรัตนดา สายพานิชย์¹⁶ เป็นข้อคำถามมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ โดยไม่มีเลย = 0 คะแนน มีบางวัน ไม่บ่อย = 1 คะแนน มีค่อนข้างบ่อย = 2 คะแนน มีเกือบทุกวัน = 3 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-27

คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 0-8 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 9-14 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 15-19 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และคะแนน ≥ 20 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

6. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ วัดจากแบบสอบถาม Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC)¹⁷ เป็นข้อคำถามมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยข้อความนั้นไม่เป็นความจริงตลอดเวลา = 0 คะแนน ถึง ข้อความนั้นเป็นจริงตลอดเวลา = 4 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 40 คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 0-9 ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับต่ำ คะแนน 10-25 ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลาง และคะแนน 26-40 มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับสูง

7. การปรับตัวด้านร่างกาย วัดจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ดังนี้

7.1 การรับประทานอาหาร พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสมตามหลักโภชนาการ เป็นข้อคำถามมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ ประเมินความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ โดยการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมที่สุด = 1 คะแนน ถึง เหมาะสมมากที่สุด = 5 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 5 – 25 คะแนน

7.2 การออกกำลังกาย วัดจากแบบวัดพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย เนื้อหาครอบคลุมถึง รูปแบบ ความหนักของกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ระยะเวลาและความถี่ในการออกกำลังกาย ที่ปฏิบัติในช่วง 1

เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมิน Stanford Leisure-Time Activity Categorical Item (L-Cat)¹⁸ ประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบ 6 ตัวเลือกโดยให้เลือกตอบ 1 ข้อที่ตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติจริงใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยการมีกิจกรรมน้อยที่สุด = 1 คะแนน ถึง การมีกิจกรรมมากที่สุด = 6 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 6 คะแนน

ค่าคะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย

ได้จากผลรวมค่าคะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีหน่วยวัดต่างกับตัวแปรการปรับตัวอื่น จึงนำคะแนนมาปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน z (z-scores) เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันที่ค่าเฉลี่ยเท่ากันและเปรียบเทียบกันได้ แต่ค่าคะแนนที่ได้มีทั้งค่าบวกและค่าลบ จึงต้องปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน T (T-scores) คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 0-39.99 หมายถึง การปรับตัวด้านร่างกายเหมาะสมระดับน้อย คะแนน 40.00-60.00 หมายถึง การปรับตัวด้านร่างกายเหมาะสมระดับปานกลาง และคะแนน 60.01-100.00 หมายถึง การปรับตัวด้านร่างกายเหมาะสมระดับมาก

8. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ วัดจากแบบประเมินระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ฉบับภาษาไทย¹⁹ ซึ่งแปลจาก Rosenberg Self-Esteem Scale²⁰ เป็นข้อคำถามมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน และเนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีหน่วยวัดต่างกับตัวแปรการปรับตัวอื่น จึงนำคะแนนมาปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน z เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน

ที่ค่าเฉลี่ยเท่ากันและเปรียบเทียบกันได้ แต่ค่าคะแนนที่ได้มีทั้งค่าบวกและค่าลบ จึงต้องปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน T คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 0-39.99 หมายถึง การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เหมาะสมระดับน้อย คะแนน 40.00-60.00 หมายถึง การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เหมาะสมระดับปานกลาง คะแนน 60.01-100.00 หมายถึง การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เหมาะสมระดับมาก

9. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

วัดจากแบบสอบถามความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นข้อคำถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการสังเกตการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการ การให้คำแนะนำการดูแลรักษาและประเมินผลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง และทักษะด้านจิตตอลในการปฏิบัติงานและสื่อสาร เป็นข้อคำถามมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ โดยพยาบาลมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานในหน้าที่น้อยที่สุด 1 คะแนน ถึง มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานในหน้าที่มากที่สุด 5 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน และเนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีหน่วยวัดต่างกับตัวแปรการปรับตัวอื่น จึงนำคะแนนมาปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน z เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันที่ค่าเฉลี่ยเท่ากันและเปรียบเทียบกันได้ แต่ค่าคะแนนที่ได้มีทั้งค่าบวกและค่าลบ จึงต้องปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน T ได้คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 0-39.99 หมายถึง การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เหมาะสมระดับน้อย คะแนน 40.00-60.00 หมายถึง การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เหมาะสมระดับปานกลาง

คะแนน 60.01-100.00 หมายถึง การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เหมาะสมระดับมาก

10. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน วัดจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนจากองค์กร และการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ดังนี้

10.1 แรงสนับสนุนจากองค์กร พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้แรงสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาล ในด้านวัสดุอุปกรณ์ ข้อมูล/ความรู้ การอบรมการจัดการกับโรค แนวทางการจัดการโรค ความรู้สึกปลอดภัยจากการทำงาน ค่าตอบแทน การได้รับวัคซีน การคัดกรองตรวจโรค การได้รับสวัสดิการหรือการรักษาเมื่อเจ็บป่วยจากโรค และการได้รับโอกาส เป็นข้อคำถามมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ โดยพยาบาลรับรู้ถึงแรงสนับสนุนน้อยที่สุด 1 คะแนน ถึง รับรู้ถึงแรงสนับสนุนมากที่สุด 4 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 5 – 20 คะแนน

10.2 การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้แรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างของพยาบาล ในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินสะท้อนคิด เป็นข้อคำถามมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 5 ข้อ โดยพยาบาลรับรู้ถึงแรงสนับสนุนน้อยที่สุด 1 คะแนน ถึง รับรู้ถึงแรงสนับสนุนมากที่สุด 4 คะแนน คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 5 - 20 คะแนน

ค่าคะแนนการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ได้จากคะแนนแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และเนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีหน่วยวัดต่างกับตัวแปรการปรับตัวอื่น จึงนำคะแนนมาปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน z เพื่อให้มี

มาตรฐานเดียวกันที่ค่าเฉลี่ยเท่ากันและเปรียบเทียบกันได้ แต่ค่าคะแนนที่ได้มีทั้งค่าบวกและค่าลบ จึงต้องปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน T ได้คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 0-39.99 หมายถึง การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันเหมาะสมระดับน้อย คะแนน 40.00-60.00 หมายถึง การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันเหมาะสมระดับปานกลาง คะแนน 60.01-100.00 หมายถึง การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันเหมาะสมระดับมาก

ดังนั้น การปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ได้จากการรวมคะแนนมาตรฐาน T ของการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน แล้วหาค่าเฉลี่ย คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนน 0.00-39.99 หมายถึง การปรับตัวเหมาะสมระดับน้อย คะแนน 40.00-60.00 หมายถึง การปรับตัวเหมาะสมระดับปานกลาง คะแนน 60.01-100.00 หมายถึง การปรับตัวเหมาะสมระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามที่สร้าง ให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์, ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย, พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข และอาจารย์ ประจำมหาวิทยาลัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของข้อคำถาม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ และทำการวิเคราะห์ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าดังนี้ 1) แบบสอบถามการระบาดของโรค COVID-19 และ

ผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 = 0.90
 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเป็นพาหะโรค COVID-19 = 0.95
 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร = 1 4) แบบสอบถามความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ = 0.90 5) แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กร = 0.98 6) แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง = 0.96

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)
 โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและได้รับการแก้ไขปรับปรุง ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างการศึกษา จำนวน 30 คน และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าดังนี้ 1) แบบสอบถามการระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 = 0.71 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเป็นพาหะโรค COVID-19 = 0.70 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร = 0.68 4) แบบสอบถามความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ = 0.83 5) แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กร = 0.72 6) แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง = 0.81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 74/2022 วันที่ 16 มกราคม 2566 และรับการพิจารณาจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร และได้เอกสารรับรองเลขที่ U020h/65_EXP วันที่ 19 มกราคม 2566 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 14 พฤษภาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัย

2. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 69 แห่ง เพื่อขอเก็บข้อมูล โดยของที่ส่งไปแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย แบบสอบถาม และซองติดอากรแสตมป์สำหรับส่งเอกสารกลับ

3. ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าพยาบาลแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมกับพยาบาลอนามัยชุมชน ก่อนแจกแบบสอบถามให้พยาบาลแผนกอนามัยชุมชนตอบแบบสอบถาม โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 14 พฤษภาคม 2566 หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จ ให้นำแบบสอบถามใส่ซองที่แนบมาปิดผนึกให้เรียบร้อยและส่งกลับผู้วิจัย ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1) ลักษณะส่วนบุคคล, ลักษณะงานที่ปฏิบัติ นำเสนอโดยใช้ ค่าความถี่ และร้อยละ

2) การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเป็นพาหะโรค COVID-19, ภาวะซึมเศร้า และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การปรับตัวของพยาบาล ได้จาก ผลรวมคะแนนมาตรฐาน T ของการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน แล้ววิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

1) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม สิ่งเร้าแฝง ต่อการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

2) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองภายในตัวแปรอิสระที่จะไม่ทำให้เกิด multicollinearity และตรวจสอบการกระจายข้อมูลว่ามีความเป็นปกติหรือไม่

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลแผนกอนามัยชุมชน ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีอายุระหว่าง 23–60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31–40 ปี (ร้อยละ 43.3) โดยพบว่าอายุเฉลี่ย 38.92 ปี (SD=8.87) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.2) ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นปริญญาตรี (ร้อยละ 85.1) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.5) เคยป่วยด้วยโรค COVID-19 (ร้อยละ 67.8) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 (ร้อยละ 100.0)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดปฏิบัติงานแผนกอนามัยชุมชน มีภาระงานที่ปฏิบัติ เช่น การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมแม่หลังคลอด งานควบคุมโรค การติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น โดยช่วงเวลาการทำงานอยู่ระหว่าง 8–16 นาฬิกา ปฏิบัติงานเฉพาะวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ยกเว้นวันเสาร์ วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ สำหรับในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานล่วงเวลาคือปฏิบัติงานในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ หลังเวลา 16 นาฬิกา เป็นต้นไป (ร้อยละ 53.5) บางส่วนปฏิบัติงานล่วงเวลา 2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 16.4) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานล่วงเวลา 4 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 40.4) และพบว่าน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ หรือปฏิบัติงานในวันเสาร์ วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ (ร้อยละ 49.1) เป็นการปฏิบัติงาน

นอกเวลาราชการ 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 19.9) และปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรค COVID-19 (ร้อยละ 31.0) ส่วนใหญ่ไม่มีงานด่วนหลังเลิกงาน (ร้อยละ

75.7) งานด่วนหลังเลิกงาน ประกอบด้วย การสอบสวนโรค COVID-19, HI และการรับ โทรศัพท์

Table 1 Number and Percentage of the sample, classified according to personal characteristics

Personal characteristics	Sample group (n=342)	
	Number	Percentage
Age (Years) Mean=38.92, SD=8.87, Min=23, Max=60		
21-30 Years	62	18.1
31-40 Years	148	43.3
41-50 Years	93	27.2
51-60 Years	39	11.4
Gender		
Female	336	98.2
Male	6	1.8
Education level		
Bachelor's degree	291	85.1
Graduates	51	14.9
History of illness		
No	272	79.5
Yes	70	20.5
History of COVID-19 illness		
No	110	32.2
Yes	232	67.8
Work overtime Monday to Friday		
No	159	46.5
Yes	183	53.5

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.2) ได้รับผลจากการระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 ระดับมาก (Mean=15.98, SD=1.93)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.1) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเป็นพาหะโรค COVID-19 ระดับมาก (Mean=15.42, SD=2.11) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.8)

ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Mean=3.73, SD=3.34) และ ยึดหยุ่นทางอารมณ์ระดับสูง (Mean=29.84, SD=4.36)
 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.2) มีความ

Table 2 Number and percentage of the sample, classified according to focal stimuli, contextual stimuli, and residual stimuli

Variables	Sample group (n=342)	
	Number	Percentage
Focal stimuli		
<i>COVID-19 outbreak and effects of COVID-19 infection</i> Mean=15.98, SD=1.93,		
Min=10, Max=20	0	0.0
Low level (score 5-9)	71	20.8
Moderate level (score 10-14)	271	79.2
High level (score 15-20)		
Contextual stimuli		
<i>Perceived risk COVID-19 or COVID-19 disease carrier</i>		
Mean=15.42, SD=2.11,	1	0.3
Min=9, Max=20	108	31.6
Low level (score 5-9)	233	68.1
Moderate level (score 10-14)		
High level (score 15-20)		
Residual stimuli		
<i>Depression</i> Mean=3.73, SD=3.34, Min=0, Max=23	314	91.8
Not (score 0-8)	21	6.1
Low level (score 9-14)	6	1.8
Moderate level (score 15-19)	1	0.3
Severe level (score ≥ 20)		
<i>Resilience</i> Mean=29.84, SD=4.36, Min=14, Max=40		
Low level (score 0-9)	0	0.0
Moderate level (score 10-25)	54	15.8
High level (score 26-40)	288	84.2

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.9) มีการปรับตัวระดับปานกลาง (Mean=50, SD=7.15) แบ่งเป็นการปรับตัวแต่ละด้าน โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านร่างกายระดับปานกลาง (ร้อยละ

68.7) ด้านอัตมโนทัศน์ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.1) ด้านบทบาทหน้าที่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.1) และด้านการพึ่งพาระหว่างกันระดับปานกลาง (ร้อยละ 52)

Table 3 Number and percentage of the sample, classified according to adaptation level

Adaptations	Sample group (n=342)	
	Number	Percentage
Adaptation level Mean=50, SD=7.15, Min=30.75, Max=67.50		
Low level (score 0.00-39.99)	31	9.1
Moderate level (score 40.00-60.00)	287	83.9
High level (score 60.01-100.00)	14	7.0
Physiological mode Mean=50, SD=10.00, Min=21.54, Max=78.28		
Low level (score 0.00-39.99)	55	16.1
Moderate level (score 40.00-60.00)	235	68.7
High level (score 60.01-100.00)	52	15.2
Self-concept mode Mean=50, SD=10.00, Min=18.36, Max=65.80		
Low level (score 0.00-39.99)	79	23.1
Moderate level (score 40.00-60.00)	209	61.1
High level (score 60.01-100.00)	54	15.8
Role function mode Mean=50, SD=10.00, Min=27.10, Max=65.49		
Low level (score 0.00-39.99)	84	24.6
Moderate level (score 40.00-60.00)	192	56.1
High level (score 60.01-100.00)	66	19.3
Interdependence mode Mean=50, SD=10.00, Min=21.41, Max=65.90		
Low level (score 0.00-39.99)	86	25.1
Moderate level (score 40.00-60.00)	178	52.0
High level (score 60.01-100.00)	78	22.8

จากตารางที่ 4 เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าปัจจัยสัมพันธ์กับการปรับตัว คือ การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 ($p\text{-value} < .01$) อายุ ($p\text{-value} < .01$) งานด่วนหลังจากเลิกงาน ($p\text{-value} < .05$) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ($p\text{-value} < .01$) ในขณะที่ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ($r = .14, p\text{-value} < .01$)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ได้แก่ เพศ, การศึกษา, ประวัติเจ็บป่วย, เคยป่วยด้วยโรค COVID-19, การปฏิบัติงานล่วงเวลา วันจันทร์-วันศุกร์, การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ วันเสาร์ วันอาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์, และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเป็นพาหะโรค COVID-19

Table 4 Factors related to adaptation (n=342)

Variables	r	p-value
Focal stimuli		
COVID-19 outbreak and effects of COVID-19 infection	.177**	.001
Contextual stimuli		
Gender	.054	.316
Age	.159**	<.05
Education level	.072	.184
History of illness	.025	.649
History of COVID-19 illness	.008	.876
Work overtime Monday to Friday	-.013	.808
Work on holidays	.089	.100
Urgent work	.123*	.023
Perceived risk of COVID-19	.051	.343
Residual stimuli		
Depression	-.142**	<.01
Resilience	.516**	<.001

จากตารางที่ 5 เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบ

จากการติดเชื้อ COVID-19 และอายุ ($p\text{-value} < .01$) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชนได้อธิบายการปรับตัวได้ร้อยละ 30.2 (Adjusted $R^2=.302$) เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนาย

การปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ได้ดีที่สุด คือ สิ่งเราแฝง ได้แก่ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (สามารถอธิบายได้ร้อยละ 50.4) สิ่งเราตรง ได้แก่ การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 (สามารถอธิบายได้ร้อยละ 15.3) และสิ่งเราร่วมได้แก่ อายุ (สามารถอธิบายได้ร้อยละ 13.3)

จากการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรอิสระ พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่าไม่ใกล้ศูนย์ (> 0.5) และ ค่า VIF ของตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่า น้อยกว่า 10 ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระทุกตัว ไม่มีระดับความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (multicollinearity)

Table 5 Factors predict to adaptation (n=342)

Variables Entered	B	beta	t	R ² change	P-value
1. Resilience	.826	.504	11.109	.267	<.001
2. COVID-19 outbreak and effects of COVID-19 infection	.566	.153	3.373	.024	.001
3. Age	.107	.133	2.938	.018	.004

Constant=12.144, F=50.205, p = .001, R² = .308, Adjusted R²= .302

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้พบว่า พยาบาลอนามัยชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรับตัวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ระดับปานกลาง โดยพบว่า มีการปรับตัวด้านร่างกายมากที่สุดและปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันน้อยที่สุด อาจเนื่องจากพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข มีบทบาทการทำงานในเชิงรุกโดยทำงานกับชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งต้องการการปรับตัวของพยาบาลตลอดเวลาเช่นกัน และจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น ไม่ค่อยได้อยู่กับครอบครัวหรือพูดคุยกับคนรอบข้างน้อยลง ทำให้บางครั้งมีอาการเหนื่อยล้า ภาวะความเครียด รู้สึกหมกมุ่น กังวล แต่การได้ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วย

ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า มีกำลังใจ ทำให้ยังคงปรับตัวได้ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 อายุ งานด้านหลังเลิกงาน และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hu et al.⁴ ที่พบความวิตกกังวล ร้อยละ 14.3 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.7 ความกลัว ร้อยละ 91.2 มีรอยโรคที่ผิวหนังจากการสวมชุดป้องกัน (Personal Protective Equipment: PPE) ร้อยละ 94.8 ในกลุ่มพยาบาลด่านหน้าของโรงพยาบาลในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน

ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Salari et al.³ ที่พบความชุกของความเครียดคิดเป็นร้อยละ 45 ในกลุ่มบุคลากรด่านหน้าที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 เนื่องจากการรับภาระงานดูแลและรักษาที่มากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ, ดลฤดี สุวรรณศิริ.¹⁴ ที่พบว่า อายุมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุไทย ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim et al.¹¹ ที่พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ช่วยบรรเทาผลกระทบของความกลัวต่อโรค COVID-19 ความวิตกกังวล ความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้

ผลการศึกษาพบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์เป็นปัจจัยทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จะช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้ และสามารถปฏิบัติงานได้มาตรฐานตามนโยบายองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rushton et al.¹⁰ ที่พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียดสูงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim et al.¹¹ ที่พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ช่วยบรรเทาผลกระทบของความกลัวต่อโรค COVID-19 ความวิตกกังวล ความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้

การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 เป็นปัจจัยทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่า ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การระบาดของโรค COVID-19 เป็นสถานการณ์ใหม่อาจส่งผลต่อการปรับตัวของพยาบาลได้ เช่น ทำให้เกิดความกลัว ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Olaya et al.⁷ ที่พบทวนวรรณกรรมและพบความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Salari et al.³ ที่พบความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในระดับสูงของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ด่านหน้าที่ทำงานดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 พยาบาลอนามัยชุมชนที่มีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา จึงสามารถปรับตัวทำงานด้วยความเต็มใจในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hu et al.⁴ ที่ทำการศึกษาพยาบาลด่านหน้า เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบว่า พยาบาลร้อยละ 96.8 มีความเต็มใจในการทำงานด่านหน้าในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ถึงแม้พยาบาลร้อยละ 94.8 มีรอยโรคที่ผิวหนังจากการสวมใส่ชุดป้องกัน

อายุ เป็นปัจจัยทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งอธิบายได้ว่าพยาบาลอนามัยชุมชนที่อายุแตกต่างกัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานแตกต่างกัน การสัมผัสประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีผลต่อการปรับตัว

ให้เข้ากับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้มากขึ้นแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประรณนา หลีกภัย.¹³ ที่ศึกษาการปรับตัวของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 พบว่า อายุที่แตกต่างกัน จะมีการปรับตัวแตกต่างกัน นอกจากนี้การปรับตัวได้ยังเกี่ยวข้องกับการมีสมดุลชีวิตกับการทำงาน การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kowitlawkul et al.²¹ ที่สำรวจคุณภาพชีวิตของพยาบาลและสมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศสิงคโปร์ พบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเป็นพาหะโรค COVID-19 ไม่เป็นปัจจัยทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jang et al.⁵ ที่ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล ในประเทศเกาหลีใต้ ช่วงระยะเริ่มต้นของการระบาดโรค COVID-19 พบว่า บุคลากรจำนวนร้อยละ 50.1 มองว่าโรค COVID-19 มีความรุนแรงสูง และการรับรู้ถึงภัยคุกคามและประสิทธิภาพของการตอบสนองของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล จากผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่าการที่พยาบาลอนามัยชุมชน มีการรับรู้ถึงผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งส่งผลให้ตนเองเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตส่งผลต่อการป้องกันตนเองที่ชัดเจนมากกว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ซึ่งผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผลกระทบการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่เป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่ต้องการการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัดมากโดยไม่คำนึงว่าพยาบาลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเป็นพาหะโรค COVID-19 มากน้อยเพียงใด

ภาวะซึมเศร้า ไม่เป็นปัจจัยทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Olaya et al.⁷ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Salari et al.³ ที่พบความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ในระดับสูงของกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขด้านหน้าที่ทำงานดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ซึ่งบุคลากรด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคลากรที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า²²⁻²³ จากผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่าพยาบาลอนามัยชุมชนในการศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากให้ความสำคัญกับการปฏิบัติหน้าที่นี้เป็นอย่างสูง และเมื่อได้ช่วยเหลือคนอื่นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น เพิ่มอารมณ์ด้านบวก มีความคิดเชิงบวก ลดการหมกมุ่นกับปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ได้ เพราะฉะนั้นในการศึกษานี้ปัจจัยภาวะซึมเศร้าจึงไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลเฉพาะพยาบาลอนามัยชุมชน ของกรุงเทพมหานครเท่านั้น อาจจะไม่สะท้อนภาพของพยาบาลอนามัยชุมชน ในส่วนภูมิภาค หรือกลุ่มที่มีการปรับโครงสร้างของหน่วยงาน

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเหมาะสม เก็บข้อมูลในกลุ่มพยาบาลอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้ร้อยละ 97.44 กล่าวคือพยาบาล มีการตอบกลับ 342 คน จาก 351 คน

สรุปผลการวิจัย

การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 อายุงานส่วนหลังเลิกงาน และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ส่วนภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน

ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ การระบาดของโรค COVID-19 และผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 อายุ และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของพยาบาลอนามัยชุมชน ได้ดีที่สุด คือความยืดหยุ่นทางอารมณ์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

พยาบาลอนามัยชุมชน ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายการปรับตัวของพยาบาลอนามัย

ชุมชน ได้ดีที่สุดคือ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เพราะฉะนั้น ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เช่น การเสริมสร้างพลังใจ การมีทักษะทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทุกแผนก
- 2) ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว
- 3) ควรมีการศึกษาตัวแปรอิสระเพิ่ม เนื่องจากบางพื้นที่อาจจะมีปัจจัยอื่นที่ส่งผล และเป็นสิ่งเร้าแฝง เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร. สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2564]. แหล่งที่มา: <https://www.facebook.com/prbangkok/>.
2. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. เปิดตัวทีม CCRT ลงพื้นที่เชิงรุกป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคโควิด-19 ในชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2564]. แหล่งที่มา: <https://webportal.bangkok.go.th/health/page/sub/13702/ข่าวกิจกรรม/9/info/256181/เปิดตัวทีม-CCRT-ลงพื้นที่เชิงรุกป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19-ในชุมชน>

3. Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, kazeminia M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID - 19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health* 2020;18(100):1-14.
4. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine* 2020;24(100424):1-10.
5. Jang Y, You M, Lee S, & Lee W. Factors associated with the work intention of hospital workers' in South Korea during the early stages of the COVID-19 outbreak. *Disaster Med Public Health Prep* 2021;15(3):23-30.
6. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3nd ed. New Jersey: Prentice Hall Health; 2009.
7. Olaya B, Perez-Moreno M, Bueno-Notivol J, Gracia-Garcia P, Lasheras I, & Santabarbara J. Prevalence of Depression among Healthcare Workers during the COVID-19 Outbreak: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Clin. Med.* 2021;10(15):1-18.
8. Cooke GPE, Doust JA, & Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of Uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ* 2013;13(2):1-6.
9. Taku K. Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. *Pers Individ Dif* 2014;59:120-123.
10. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, & Donohue P. Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *AJCC* 2015;24(5):412-421.
11. Yildirim M, Arslan G, & Ozaslan A. Perceived Risk and Mental Health Problems among Healthcare Professionals during COVID-19 Pandemic: Exploring the Mediating Effects of Resilience and Coronavirus Fear. *Int J Ment Health Addict* 2020;20:1035-1045.
12. Barzilay R, Moore TM, Greenberg DM, Didomenico GE, Brown LA, WHILE LK, et al. Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Transl Psychiatry* 2020;10(291):1-8.

13. Leekpai P. The Adaptation of Prince of Songkla University, Trang Campus Students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Humanities & Social Sciences* 2022; 20(1): 124-141. (in Thai)
14. Saisombut P, Suwankiri D. The Adaptation of elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of MCU Buddhapanya Review* 2022; 7(3): 100-114. (in Thai)
15. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, & Lowe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2010 ;32(4):345-359.
16. Lotrakul M, Sumrithe S, & Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8(46):1-7.
17. Connor KM, & Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *J Depress Anxiety* 2003;18(2):76-82.
18. Kiernan M, Schoffman DE, Lee K, Brown SD, Fair JM, Perri MG, et al. The Stanford Leisure-Time Activity Categorical Item (L-Cat): a single categorical item sensitive to physical activity changes in overweight/obese women. *Int J Obes* 2013;37(12):1597-1602.
19. Tinakon W, & Nahathai W. A Comparison of Reliability and Construct Validity between the Original and Revised Versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investig* 2012;9(1):54-58.
20. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press;1965.
21. Kowitlawkul Y, Yap SF, Makabe S, Chan S, Takagai J, Tam WWS, et al. Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *Int Nurs Rev* 2019;66(1):61-69.
22. Zhang H, Zhao Y, Wang C, Zhang Q, Yu H, Cheung T, et al. Depression and its relationship with quality of life in frontline psychiatric clinicians during the COVID-19 pandemic in China: a national survey. *Int J Biol Sci* 2021;17(3):683-688.
23. An Y, Yang Y, Wang A, Li Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *J Affect Disord* 2020;00(276):312-315.

บทความวิจัย

ปัจจัยการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในการเลือกการบำบัดทดแทนไต

วิไลพรรณ สมบุญตนนท์* ณัฐมา ทองธีรธรรม**

เพ็ญศิริ ศรีสุนทร*** ลัดดา แสนสีหา**** สุขาย ศรีทิพย์วรรณ*****

บทคัดย่อ

งานวิจัยผสวนวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และปัจจัยในการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 82 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการกรองของไต (GFR) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r=0.245$, $p \leq 0.01$) การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.226$, 0.347 , $p \leq 0.05$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ($r=0.260$, $p \leq 0.05$) และอายุ ($r=-0.225$, $p \leq 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลเชิงคุณภาพของประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต มี 3 ประเด็น คือ 1) ประสบการณ์ก่อนการตัดสินใจมี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การรับรู้ว่าตัวเองอาการหนักใกล้ตาย ไม่มีทางเลือกอื่น และ การยื้อชีวิต 2) ปัจจัยในการตัดสินใจเลือกการรักษา มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การรักษาทางเดียวที่ดีที่สุด และ ระยะเวลาการตัดสินใจขึ้นกับหลายปัจจัย และ 3) ประสบการณ์หลังการตัดสินใจ ผู้สูงอายุมีความเครียดหลังการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต จากค่าใช้จ่ายและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาสร้างความเข้าใจในประสบการณ์การเลือกบำบัดทดแทนไตจากมุมมองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลเพื่อก้าวข้ามเวลายากลำบากของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในการวางแผนเลือกวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย/การบำบัดทดแทนไต/การตัดสินใจ

วันที่รับบทความ: 8 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 21 เมษายน 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 22 เมษายน 2568

*ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: wilaiapun.som@mahidol.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล

*** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

***** อาจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาวิชาวิกฤตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Decision-making factors of older adults with end stage renal disease toward renal placement therapy

Wilaipun Somboontanont* Natma Thongterethum**

Pensiri Srisuntorn*** Ladda Sanseha****

Suchai Sritippayawan*****

ABSTRACT

This mixed methods research was aimed to study factors related to decision-making experience of renal placement therapy among elders with end stage renal disease. The participants in this study were 82 elders with end stage renal disease receiving renal placement therapy. Data were collected using in-depth interviews, perception of illnesses questionnaire and perceive of social support questionnaire. Descriptive statistic and Pearson's product-moment correlation coefficient were used to analyze data. The content analysis was applied to analyze qualitative data.

Study revealed that Glomerular filtration rate (GFR) had a statistically significant positive association with age ($r=0.245$, $p \leq 0.01$). Perception of illnesses had a relationship with education level and perceive of social support ($r= 0.226$, 0.347 , $p \leq 0.05$). Perceive of social support had a statistically significant relationship with education level ($r= 0.260$, $p \leq 0.05$) and age ($r= -0.225$, $p \leq 0.05$). Elders' decision-making experience of renal placement therapy for end stage renal disease were categorized into three main aspects: 1). Experiences before making decision consisted of two sub-themes: the perception of seriously ill, close to death, and had no other options; and prolonging one's life, 2) Decision- making factors toward renal replacement therapy consisted of two sub-themes: the best available treatment and the decision time depends on many factors, and 3) Experiences after decision making. Patients experience stress after renal replacement therapy due to costs and lifestyle changes.

The findings of this study provided a vivid and better understanding of first decision-making experience of renal placement therapy from elders with end stage renal disease perspectives. This information is crucial for planning interventions relevant to elders' perspective as well as to ease up the difficulty time according to the renal replacement therapy plan.

Keywords: elders with end stage renal disease/renal replacement therapy/decision making

Article info: Received: February 8, 2025, Revised: April 21, 2025, Accepted: April 24, 2025

* Corresponding author: Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, E-mail: wilaipun.som@mahidol.ac.th

** Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

*** Registered Nurse, Nursing Division, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Northeastern University

***** Lecturer, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งในระดับโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะในระยะท้าย (End Stage Renal Disease) เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเรื่อย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุขปี 2565¹ พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องบำบัดทดแทนไตมากถึง 62,386 ราย รวมทั้งในการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า ความชุกผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) และฟอกเลือด (Hemodialysis: HD) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง ปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นจากด้วยวิธี PD 7,860 ราย HD 3,0291 ราย เป็นด้วยวิธี PD 24,439 ราย และวิธี PD 86,325 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี² จากอุบัติการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

การดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่อ่อนอายุ 60 ปี และมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเข้าสู่ผู้สูงอายุ³ โดยเกิดจากความเสื่อมของไตหรือความสามารถในการทำงานของไตผิดปกติ จะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปอย่าง

ต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการกรองของไตเหลือน้อยลงกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที เมื่อมีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะมีการสะสมของยูเรียและครีเอตินินใน กระแสเลือดเป็นจำนวนมาก³ ส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ในแต่ละระบบของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากการคั่งค้างของของเสียในกระแสเลือดเป็นจำนวนมากส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ และยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาที่ยาวนาน และต้องมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ร่วมกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เต็มที่

เนื่องด้วยโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และมีการเสื่อมสภาพของไตอย่างต่อเนื่อง การบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) เป็นวิธีการที่ช่วยทำให้ลดอาการแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค^{3,4,5} ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจะส่งผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ หากไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ที่จะช่วยในการควบคุมโรคได้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ในปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตที่นิยมรักษากันมี 2 วิธี คือ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ทั้ง 2 วิธี จะช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตประจำวันเป็นไปตามปกติได้มากที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ³

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตจากมุมมองและประสบการณ์ในการเลือกการรักษาโดยวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังยังมีการศึกษาน้อย งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเรื่องการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองในด้านร่างกาย อารมณ์ การใช้ยา การควบคุมอาหาร และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน และไม่ได้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ^{6,7,8} การศึกษาเชิงคุณภาพจากงานวิจัยนี้จะช่วยอธิบายปรากฏการณ์ในการเลือกการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุเองนอกจากการตัดสินใจให้การรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “ปัจจัยการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังในการเลือกการบำบัดทดแทนไต” ซึ่งจะช่วยให้เกิดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่าง ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งการให้ความรู้เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุด ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมากที่สุดและช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย

เรื้อรังที่ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเข้าใจถึงกระบวนการคิดตัดสินใจ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการตัดสินใจเลือกที่จะรับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการควบคุมตนเองในรูปแบบของการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกของ Leventhal และคณะ (1984)⁹ โดยผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีกระบวนการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยนี้ตามลำดับขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย (Illness Representation) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการเผชิญปัญหา (Action planning and Coping) ตามความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล (Appraisal) เป็นการประเมินวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหา จะเห็นว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ค่าการทำงานของไตและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้าย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง โดยมีอำนาจทดสอบที่ระดับ 80% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในการทดสอบ 5 ตัวแปร นำไปเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับบริการบำบัดทดแทนไตครั้งแรก ณ แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องครั้งแรก 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน สามารถอ่านเขียน และเข้าใจภาษาไทย และ 3) การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่ปกติ สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังประเมินโดยใช้แบบทดสอบ

สมรรถภาพสมองของไทย (Mini-Mental State Examination - Thai: MMSE - Thai) โดยได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไปในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับกรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัด

กรองกลุ่มตัวอย่าง

คัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองฉบับภาษาไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) เพื่อประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษา รายได้หลักต่อเดือน ความเพียงพอ

ของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ค่า GFR ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉบับย่อของ พิมพา เทพวัลย์ (2011)¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน 1). การรับรู้ความเจ็บป่วย (Cognitive Representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Continuous Linear Scale) 0-10 คะแนน โดยมีข้อคำถามทางด้านบวก ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง และข้อคำถามทางด้านลบ ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง และ 2). การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Representation) หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินจากระดับความกังวล และภาวะอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยมีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงการตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบ คะแนนสูง หมายถึงการตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวก

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ นันทกา

คำแก้ว (2004)¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ที่ประเมินความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร แบบสอบถามนี้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 120 ราย ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85 โดยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนน โดยรวมทั้งหมดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากเจ้าของและผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่มีการยอมรับว่ามีเป็นมาตรฐานจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแต่ได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief-IPQ) และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.875 และ 0.828 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.Si087) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัว

จากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาพยาบาล โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอ
ในภาพรวมซึ่งไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่โครงการวิจัยผ่านการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุมัติเก็บ
รวบรวมข้อมูลในพื้นที่ทำการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้
ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหอ
ผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน
การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการคัดกรอง
รายชื่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตาม
เกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
เพื่อแนะนำตนเองและเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย
ตามเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย
ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับ
ภาษาไทย (MMSE-Thai) เพื่อประเมินความ
ผิดปกติด้านการรับรู้ หากผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมี
คะแนนรวมของแบบทดสอบตามเกณฑ์ที่กำหนด
ไว้ผู้วิจัยคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและ ดำเนินการ
สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม
ที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายแบบสอบถาม
ให้เป็นที่เข้าใจก่อนกลุ่มตัวอย่างจะทำการตอบ
แบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัด
เรื่องสายตา ทำให้การอ่านหนังสือไม่ชัดเจน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบ ใช้เวลาในการตอบ
แบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที หลังจาก
เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว
ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความ
ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

5. หลังจากเก็บข้อมูลการวิจัยเชิง
ปริมาณเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล
วิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก
(In-depth Interview) ใช้เวลาประมาณ 45-60
นาที ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับ
การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียมหรือวิธีการล้างไตทางช่องท้อง
อย่างต่อเนื่องครั้งแรกและการบันทึกเทป
นำข้อมูลที่ได้ มาถอดความแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนด
ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ
นัยสำคัญ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistical)
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ
(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการ
ศึกษา โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment
correlation coefficient) การวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงคุณภาพโดยนำข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียง
มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำเป็นข้อความ
จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิค
Triangulation โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสัมภาษณ์ว่ามีข้อมูล

ที่สอดคล้องกันหรือไม่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จำแนกถ้อยคำหรือข้อความ ที่กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น แล้วนำมาตีความ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ด้วยหลักแห่งเหตุผล สร้างข้อสรุปแบบอันทัน (Induction Analysis) เพื่ออภิปรายถึงข้อเท็จจริงที่ค้นพบตามสภาพการณ์ ปรากฏการณ์ ความสัมพันธ์ และประเด็นสำคัญ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 82 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 70.08 ปี (S.D.=6.83) และมีอายุระหว่าง 60-86 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.41 ประเภทผู้ดูแลหลักร้อยละ 43.9 เป็นญาติ พี่น้อง และร้อยละ 31.8 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.1 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25.6 ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.41 มีสิทธิการรักษาต้นสังกัดจากราชการ มีเพียงร้อยละ 4.88 ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 39 มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัวเดือนละ 39,138.37 บาท (S.D.=50686.11) มีค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพียงพอและเหลือเก็บ มีจำนวนร้อยละ 24.4 ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

1.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะท้าย โดยมีค่าปริมาณไนโตรเจนในกระแสเลือด (Blood Urea Nitrogen: BUN) อยู่ระหว่าง 13.5-112.6 mg/dl ค่าเฉลี่ย 56.3 (S.D.=24.41)

ค่าการทำงานของไต Creatinine อยู่ระหว่าง 2.87-19.59 mg% ค่าเฉลี่ย 8.06 (S.D.=3.27) (Creatinine: Cr ค่าปกติ 0.55-1.18 mg%) และค่าอัตราการกรองของไต (GFR level) อยู่ระหว่าง 2.22-20.90 ค่าเฉลี่ย 6.91 (S.D.=3.85)

1.3 การรับรู้การเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน และคะแนนรวมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนรวมการรับรู้การเจ็บป่วยตั้งแต่ 29-77 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วย 53.57 คะแนน (S.D.=10.72) มีคะแนนรวมการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมตั้งแต่ 20-80 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 63.16 คะแนน (S.D.=13.19) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการให้คุณค่า และด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 16.46 (S.D.=3.39), 16.95 (S.D.=3.80), 15.26 (S.D.=4.02), 14.49 (S.D.=4.36) ตามลำดับ

1.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้การเจ็บป่วยและ ค่าการทำงานของไต

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าการทำงานของไตในการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า ค่าอัตราการกรองไตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r=0.245$, $p \leq 0.01$) การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษาและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.226, 0.347, p \leq 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษา ($r = 0.260, p \leq 0.05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r = -0.225, p \leq 0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าการทำงานของไต ได้แก่ ระดับการรู้คิด ระดับการศึกษา การรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.094, .107, -.030, -.152, p \geq 0.05$ ตามลำดับ) (Table 1)

Table 1 Correlation between Personal factors, Illness perception, perceive of social support and Renal function among Family Caregivers and Elders with End Stage Renal Disease analyze by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. (n=82)

Factors	1	2	3	4	5	6
1. Age	1.000					
2. Cognitive Status	-.265*	1.000				
3. Education level	-.417**	0.311*	1.000			
4. Illness perception	-0.116	0.173	0.226*	1.000		
5. Perceive of social support	-0.225**	-0.023	0.260*	0.347*	1.000	
6. GFR Level	0.245**	-.094	.107	-.030	-.152	1.000

*p value ≤ 0.01 level ** p value ≤ 0.05 level

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าประสพการณ์ในการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสพการณ์ก่อนการเลือกบำบัดทดแทนไต 2) ปัจจัยในการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และ 3) ประสพการณ์หลังการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และ 5 ประเด็นย่อย คือ 1) รับรู้ว่าตัวเองอาการหนัก ใกล้ตาย ไม่มีทางเลือกอื่น 2) ยื้อชีวิต 3) การรักษา

ทางเดียวที่ดีที่สุด 4) ระยะเวลาการตัดสินใจขึ้นกับหลายปัจจัย และ 5) ความเครียดหลังการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ประสพการณ์ก่อนการเลือกบำบัดทดแทนไต มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1 การรับรู้ว่าตัวเองอาการหนัก ใกล้ตาย ไม่มีทางเลือกอื่น และ 1.2 การยื้อชีวิต ดังนี้

1.1 รับรู้ว่าใกล้ตาย ไม่มีทางเลือก ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังที่มีอาการหนัก รู้สึกทรมานเหมือนใกล้ตาย ได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยวิธีการอื่นนอกจากการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดหรือฟอกไตทางช่องท้อง

“ลุงเหนื่อยหายใจไม่ทั่วท้องและมีอาการนอนไม่ได้ เป็นแบบนี้อยู่ 2 ครั้งจนครั้งที่ 3 ไปทานข้าวที่ห้างกัน ลุงเดินไปได้ 2-3 ก้าวก็เหนื่อยมากหายใจไม่ออก...” “ก็มันไม่มีทางเลือกแล้วครับมันบวม มาก ทำให้หัวใจผมกำเริบจนมันอาจจะหยุดเต้น มันจะช็อค” “...พอมาสูดท้ายหมอบท่านบอกว่าค่าไต เลือดไม่ดี ขึ้น 4.8 แต่ค่าอะไรอีกอย่างเนี่ย มันรื้อยเนี่ย ต้องทำแหละคุณลุง...”

1.2 ยี่สิบชีวิต ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีเมื่อเป็นโรคไตรระยะสุดท้ายมีแต่รอวันตายถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต โดยญาติและผู้ดูแลต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตเพื่อที่จะได้มีชีวิตยืนยาวและอยู่ด้วยกันต่อไป “ก็อยากให้เขาอยู่นาน ๆ ค่ะ” (ลูกสาวและภรรยาร้องไห้พร้อมกัน) “...เราต้องรักษาชีวิตเขาไว้ก่อนกลัวว่าถ้าจะมาถึงอาจจะไม่ทันแล้วก็คิดว่าอยู่ในมือหมอ แล้วน่าจะปลอดภัย”

ประเด็นหลักที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1 การรักษาทางเดียวที่ดีที่สุด และ 2.2 ระยะเวลาการตัดสินใจขึ้นกับหลายปัจจัย ดังนี้

2.1 การรักษาทางเดียวที่ดีที่สุด ผู้สูงอายุคิดว่าการบำบัดทดแทนไตทั้งการฟอกเลือดหรือฟอกไตทางช่องท้องเป็นวิธีการเดียวที่สามารถรักษาและบรรเทาความรุนแรงจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผู้สูงอายุเป็นได้ ร่วมกับการมีข้อจำกัดทางสุขภาพหรือไม่มีการรักษาวิธีอื่นที่ดีกว่าทำให้ต้องตัดสินใจรักษาโดยวิธีการบำบัดทดแทนไต “...การล้างไตก็มี 2 อย่างใช้ไหมครับทางเส้นเลือดนี้ผมทำไม่ได้เพราะข้อจำกัดของ

การเป็นโรคหัวใจ จึงทำให้ผมฟอกเลือดทางเส้นเลือดนี้ไม่ได้” “โห้ บวมเลยทั้งหน้าทั้งตัวก็กินยา ทั้งฉีดยาทั้งกินเลยนะตอนนั้น ก็เอาไม่อยู่ แต่ก็ยังบวมไม่ลด ยังหนักอยู่ครับ คุณหมอก็เลยบอกว่าอย่างนี้ต้องฟอกแล้วละเพราะไตไม่ดีแล้ว” “เขาก็บอกว่าถ้ามันสามารถดึงไปก่อนได้ก็รื้อไปก่อนได้ไหม...(จนสุดท้ายร่างกายไม่ไหวแล้วมันก็เลยต้องทำ มันไม่มีให้เราเลือกแล้วก็เลยทำ)...ครับ (หัวเราะ) ประตุ สูดท้ายแล้ว” “คุณหมอไม่ได้บอกว่า ต้องฟอกเลือดตั้งแต่แรกก็ทราบว่าเป็นโรคไต แต่ที่ไปฟอกไตเพราะว่ามันแน่นอึดอัด บวมทั่วตัว และไม่มีคนแนะนำว่าจะต้องทำอะไร เพียงแต่คิดว่าเป็นโรคไตก็ต้องฟอกเลือดจึงได้ตัดสินใจฟอกเลือดตั้งแต่แรกเลย และได้หาวิธีการรักษาอื่น...”

2.2 ระยะเวลาการตัดสินใจใช้หลายปัจจัย ระยะเวลาในการตัดสินใจนั้นผู้ให้ข้อมูลรับรู้ขึ้นกับ 8 ปัจจัยคือ (1) ญาติ (2) ค่าใช้จ่าย (3) ความกังวล/กลัว (4) การรู้จริงและมั่นใจ (5) การมีประสบการณ์การรับข้อมูลในทางลบ (6) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำ/ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (7) อาการของผู้สูงอายุ และ (8) การรักษาทางเลือกอื่นๆ ดังนี้

1) ญาติ ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าญาติเป็นบุคคลสำคัญและเป็นผู้ที่ช่วยในการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไต “หลายคนครับทั้งลูกทั้งพี่สาวทั้งใครต่อใครก็มาปรึกษากันว่าจะเอาอย่างไรกันดี ตอนที่เขามาเยี่ยม” “ครับ ก็ เชื้อ หมอ นี้ ก็ ภรรยาหนู น ด้วย...” “ก็ไม่นานค่ะ ก็เรียกว่าตัดสินใจเร็วแหละค่ะ พอบอกป๊าก็ลูกสาวมาด้วยเช่นกัน ลูกสาวก็สนับสนุนเลย บอกแม่ ทำเถอะ” “ลูกก็ บอกว่า ถ้าเรา

ทำแล้วจะทำให้ชีวิตเราดีขึ้น จะได้ใช้ชีวิตเหมือนเดิมได้อีกไม่ต้องกังวลประมาณนั้น”

2) ค่าใช้จ่ายค่าใช้จ่ายในการบำบัด ทดแทนไตเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต โดยรับรู้ว่าการรักษานี้ต้องทำต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ทำให้ค่าใช้จ่ายเป็นหนึ่งในปัจจัยการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไต “...แล้วลูกสาวก็สนับสนุนเพราะลูกสาวสอบได้ราชการครูสามารถเบิกค่ารักษาได้ ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ซึ่งครอบครัวมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเพราะตอนนี้จากเคยทำงานได้ 2 คน เหลือลูกสาวทำงานได้คนเดียว” “ครับ ก็คิดว่าถ้าต้องทำตลอดชีวิตเนี่ยมันลำบาก ค่าใช้จ่ายก็สูง” “ตั้งแต่เป็นโรคไตมานั้น ได้ขายบ้านไปหมดแล้วเพราะสิทธิของตัวเองไม่สามารถเบิกได้ ตอนนี้อยู่บ้านเช่าโดยมีลูกสะใภ้ออกค่าเช่าให้และตัวเองมีลูกชายแค่คนเดียว”

3) ความกังวล/กลัว ความวิตกกังวล และความกลัวการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดเป็นปัจจัยที่ทำให้ญาติและผู้สูงอายุตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา โดยให้ข้อมูลว่ากลัวไม่ยอมทำหรือกลัวว่าทำแล้วไม่ทราบว่าจะมีผลต่อร่างกายอย่างไร “...เรื่องร่างกายเราไม่พร้อม แล้วใจเราก็ไม่ยอมทำด้วย” “รู้สึกวิตกกังวลเพราะว่าห่วงลูก แล้วก็ห่วงโรงเรียนที่เรา กำลังทำอยู่ ลูกน้องตั้ง 20 กว่าชีวิตที่เราดูแลอยู่ ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา 10 กว่าปี แต่มาดอนหลังคุณหมอก็คือเห็นว่าให้ดูแลตัวเองนะ ตอนนั้นก็ คิดในใจและ ก็ คิดกับลูก ๆ ว่าถ้าจะต้องให้เจาะล้างเนี่ยตายชะดิกว่า”

4) การรู้จริงและมั่นใจ ผู้สูงอายุรับรู้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไตจากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการได้รับความรู้และข้อมูลจากพยาบาลทำให้มีความมั่นใจในการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต “เกือบปีแล้วคุณหมอตานก็บอกว่าอย่าเพิ่งคิดอะไรมาก เดี่ยวจะส่งให้ไปดูที่ ห้องล้างไต แล้ว ก็มีคนมาอธิบาย แล้วก็บอกว่าไม่ได้ร้ายแรงหรือน่ากลัวนะ หมอเขาก็พามาดูคนไข้ มาดูเครื่องอุปกรณ์ มันก็ทำให้เราเนี่ยมั่นใจว่า เราล้างแล้วเราต้องดีขึ้น” “พอมารู้คุณพยาบาล แล้วเนี่ยมันก็ได้เป็นอย่างดีที่เราคิด” “ก็มาพบคุณพยาบาลเนี่ยแหละค่ะ เขามาเปลี่ยนความคิดเปลี่ยนมุมมองของเราและได้ข้อมูลได้เห็นคนที่เขาล้างได้คุยกับเขา มีป้าคนหนึ่งอะล้างมา 10 ปี แล้วยังแข็งแรงสดชื่นอยู่เลย ล้างทางช่องท้องเนี่ยแหละค่ะ ก็ ฟังจากหลายๆ คนด้วยก็ ทำให้เรามีความมั่นใจขึ้น”

5) การมีประสบการณ์การรับข้อมูลในทางลบ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ข้อมูลเชิงลบจากการที่เคยเห็นผู้ป่วยอื่นทำแล้วไม่ดีหรือการเห็นสภาพผู้ป่วยอื่นที่มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากการเข้ารับการบำบัดทดแทนไต การได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากผู้ป่วยอื่นที่มีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการรักษา ทำให้ไม่ยอมรับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต “แล้วคราวหลังสุดเนี่ยท่าน (หมอที่รักษา) ก็บอกว่าไม่ได้นะครับ ผมไม่ได้พูดเล่น ๆ นะครับมันอันตรายนะครับ เราก็มาคิดคือตอนนั้นเห็นตัวอย่างของคนที่ไม่ล้างไตอะคือสภาพ หรือคุณภาพชีวิตเขาเนี่ยมันไม่ดีเลยคือมันแย่ไปเรื่อย ในใจ

ก็เลยคิดว่าถ้าจะต้องล้างไตก็ตายดีกว่า” “ประกอบกับตอนนั้นไปเห็นที่คลินิกะ บางคนแขนก็บวมมาก เจาะคอ ทำให้มันคิดลบในความรู้สึกอะ คิดเลยว่าถ้าล้างก็คือรอวันตายเท่านั้น” “มันเคยเห็นที่ระยอง และคนอื่นๆที่เคยทำแล้วเรารับไม่ได้อะ สงสารจากคนที่สดชื่น ต้องมานั่งรถเข็น หน้าตาเนี่ยหมองคล้ำ แล้วเหมือนอยู่ไปวันๆ ธรรมดาทำอะไรก็ได้”

6) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำ/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ข้อมูลเชิงบวกจากการที่เคยเห็นผู้ป่วยอื่นทำ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การกำกับผู้ป่วยที่เคยได้รับการบำบัดทดแทนไตแล้วมีอาการดีขึ้น หรือมีความรุนแรงของโรคลดลงจากการได้รับการบำบัดทดแทนไต “...พี่น้อง (เพื่อน ผู้ดูแล) เขามาคุยว่าแม่เขาก็ทำนะ ก็ใช้ชีวิตได้ปกติ พอหลังจากฟอกเขาก็กินอะไรก็ได้” “...เรารู้สึกว่าคนเป็นโรคไตต้องล้างไต เพราะว่ามีญาติเคยล้างไต แต่เป็นญาติทางสะใภ้ เป็นคุณป้าก็ตายตอนแก่ๆ ก็เข้าใจเรื่องนั้นโอเคเต็มใจไม่มีปัญหา”

7) อาการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุตัดสินใจได้รับการบำบัดทดแทนไตจากการรับรู้อาการที่ตนเป็น โดยตัดสินใจรับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการที่ตนมี “คือตอนนั้นร่างกายผมมัน.....ที่ว่าตัดสินใจล้างตอนนั้นเพราะหมอเขาบอกว่ต้องล้างแล้วตอนนั้นผมบวม” “ตอนนั้นเราคิดว่าเราเป็นโรคหัวใจเราเดินไม่ได้แล้วเดินแค่ 3-4 ก้าวต้องนั่ง เราเหนื่อยมากแล้วก็ซัดด้วยคือสงสัยอยู่ว่าเราเป็นคือเราคิดไว้อยู่พอจะรู้นะ

ว่ามันอาจจะเป็นไต เพราะว่าปัสสาวะก็มีฟองลมหายใจก็มึนกลืน แล้วก็บวมค่ะ ถ้าก็บวมหน้าบวมอะไรเงี้ย...” “อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เหนื่อยง่าย ทานข้าวไม่ได้ คืออาการครบสูตรของโรคไตเลย” “...ก็ปล่อยๆ มาจนมันรู้สึกแบบอาการมัน เพิ่มขึ้นอะ จะรู้สึกเหนื่อยง่าย

8) การรักษาทางเลือกอื่นๆ

ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตภายหลังจากการที่เลือกใช้วิธีการรักษาทางเลือกอื่นแล้วไม่สามารถบรรเทาอาการที่ตนเองเป็นได้หรือทำให้อาการทรุดมากขึ้นจึงเลิกใช้วิธีการรักษาทางเลือกและมารับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือฟอกเลือดแทน “ไปเจอคนที่โรงพยาบาลเนี่ยครับ ตอนเจาะเลือดไปนั่งคุย เขาบอกเป็นวิทย์หาหนทางพี่ชายเขาเป็นแล้วหายแล้วเราก็กเลือกทำ (ดื่มน้ำใ้่น้ำ) เพราะเราคิดว่ามันน่าจะหาย”

ประเด็นหลักที่ 3 ประสิทธิภาพหลังการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ภายหลังจากที่ตัดสินใจรับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตแล้วผู้สูงอายุมีความเครียดหลังการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความเครียดทั้งจากค่าใช้จ่ายและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปหลังการรักษา ดังนี้

3.1 ความเครียดจากค่าใช้จ่ายในการรักษา “หมดแล้ว หมดตั้งแต่ตอนที่อยู่โรงพยาบาล. หมดไปประมาณ 3,000,000 กว่า ขายบ้านขายที่อะไร จนหมดเลยอะ” “รวมของทั้งหมดก็ 7,000,000 กว่า ตอนนั้นผมก็ยังเป็นหนี้เดือนละ 49,000 ทุกเดือน” “คิดมาก

นอนไม่หลับ เพราะว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา เดิมนั้นคนไข้ฟอกเลือดอาทิตย์ละ 3 ครั้ง” “รู้สึกว่ายากตาย เพราะว่าอยู่ไปก็มีแต่เสียค่าใช้จ่ายมากเพิ่มมากขึ้น ทำอะไรก็ไม่ได้ ทำให้คนอื่นลำบาก และเสียใจที่ตัวเองเป็นโรคไต”

3.2 ความเครียดจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปหลังการรักษา: ชีวิตทำอะไรได้ไม่เหมือนเดิม ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางการดำเนินชีวิตทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมทางกายและทางจิต การมีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับคนในครอบครัวน้อยลง “กังวล เครียด เรื่องที่เคยทำได้แล้วมันทำไม่ได้ แต่ก็ทำอะไรได้ ต้องให้เขามาทำให้แทน แล้วก็วางเฉยไป เฉยแต่ตัวนะแต่ใจมันไม่เฉย” “ก็อึดอัด บางทีก็นั่งหลบเขา ไม่อยากเห็นเขา (ภรรยา) ลำบาก” ทำทางน้ำตาคลอ เสียงสั่นๆ “ก็มีอย่างหนึ่งคือ เราไปเที่ยวไม่ได้ ไปเที่ยวไกลๆไม่ได้” “...ก็จะคุยน้อยลง ก็เพื่อนจะรู้ว่าแบบไม่สดชื่น แล้วก็เคยทานอาหารบำรุงอะไรก็ไม่อยากทานแหละ ครีมบำรุงก็ไม่สนใจแล้ว” “ลูกสาวก็เครียดด้วย ลูกๆเครียดกันหมด อีก 2 คนก็เป็นห่วงเขาก็พยายามไปหาอาหารเสริมมาให้กินอะ แม่ทานไม่ลงทานไม่ได้ บอกให้คุมอาหารอย่างเดียว บอกแม่กินไรไม่ได้ จะเอาแรงที่ไหนมาหละ” “เมื่อก่อนคนไข้สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ จึงทำเอง แต่ตอนนี้คนไข้ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจึงจำเป็นจะต้องมีคนดูแล เช่น อาบน้ำ สระผม และช่วยในเรื่องของการขับถ่าย เพราะว่าตัวคนไข้เองเดินไม่ได้แล้ว”

การอภิปรายผล

1. ประสบการณ์การตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจในการเลือกการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดหรือทางช่องท้องแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ก่อนการเลือกบำบัดทดแทนไต 2) ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และ 3) ประสบการณ์หลังการตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และ 5 ประเด็นย่อย คือ 1) รับรู้ว่าตัวเองอาการหนัก ใกล้ตาย ไม่มีทางเลือกอื่น 2) ยื้อชีวิต 3) การรักษาทางเดียวที่ดีที่สุด 4) ระยะเวลาการตัดสินใจขึ้นกับหลายปัจจัย และ 5) ความเครียดหลังการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต โดยที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีอาการหนัก ใกล้ตายนั้นสอดคล้องกับผลทางห้องปฏิบัติการของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 เป็นระยะท้าย มีค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 15 โดยการแบ่งระยะโรคไตเรื้อรังนั้นแบ่งเป็น 5 ระยะ¹² ในระยะที่ 1 ค่าการทำงานของไตจะมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ไตผิดปกติแต่ยังทำงานดี ระยะที่ 2 ไตทำงานลดลงเล็กน้อย ค่าไตจะอยู่ระหว่าง 60-89 ระยะที่ 3a ค่าไตเท่ากับ 45-59 ไตทำงานลดลงปานกลางระดับหนึ่ง ระยะที่ 3b ค่าไตเท่ากับ 15-29 ไตทำงานลดลงปานกลางระดับสองส่วน ระยะที่ 4 ค่าไตเท่ากับ 15-29 ไตทำงานลดลงมาก การรักษาแบบประคับประคองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของไตในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายคือการบำบัดทดแทนไต^{3,12} จึงสอดคล้องกับที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีทางเลือกอื่นในการรักษา

นอกจากการบำบัดทดแทนไต ร่วมกับการ
คั่งค้างของของเสียในกระแสเลือดเป็นจำนวน
มากส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีการ
รับรู้ว่าการมีอาการหนัก ใกล้ตาย มีอาการแสดง
ทางกายต่างๆมากขึ้นสอดคล้องกับอาการแสดง
ในผู้ป่วยโรคไตระยะท้าย³ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย
เหนื่อยล้า มีความสามารถในการทำหน้าที่ของ
ร่างกายลดลงไม่สามารถตอบสนองความต้องการ
ได้ตามปกติ ถ้าไม่รักษาจะเสียชีวิตญาติและตัว
ผู้สูงอายุเองไม่อยากเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน
และอาการดังกล่าวจึงต้องทำการยืดชีวิตด้วยการ
ตัดสินใจฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง
ซึ่งเป็นการรักษาทางเดียวที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุไต
วายระยะท้าย โดยมีระยะเวลาที่ใช้ในการ
ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตต่างกันในแต่ละ
รายขึ้นกับ ญาติและค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้จ่าย
รักษา ซึ่งในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ
ของผู้สูงอายุ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยไตวาย
ในระยะท้ายจะมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นตาม
การดำเนินของโรค ญาติและผู้ดูแลมีส่วนสำคัญ
ในหลายด้านไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลในระหว่าง
การรักษาไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการจัดการ
ตนเองด้านอาหาร การป้องกันภาวะน้ำเกิน
 เป็นต้น¹³ การช่วยตัดสินใจทางเลือกในการรักษา
นอกจากตัวผู้สูงอายุเอง โดยเฉพาะการเลือกล้าง
ไตทางช่องท้องซึ่งจะต้องพึ่งพาญาติในการล้างไต
หรือแม้แต่การฟอกเลือดก็ยังคงให้ญาติเป็นผู้พา
มาฟอกเลือด นอกจากนั้นยังมีค่าใช้จ่ายในการ
รักษา ซึ่งต้องรักษาต่อเนื่อง การบำบัดทดแทนไต
มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก การมาใช้บริการล้างไต
ทางช่องท้องมีค่าใช้จ่ายประมาณ 3,820.82 บาท

ต่อครั้ง¹⁴ ถ้าฟอกเลือดอย่างน้อย 2 ครั้ง
ต่อสัปดาห์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 20,000 -
30,000 บาทต่อเดือน ในแต่ละครั้ง จะอยู่ที่
ครั้งละ 1,500 – 1,700 บาท และในหนึ่งสัปดาห์
จำเป็นจะต้องฟอกเลือด 2 – 3 ครั้ง จะมี
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 3,000 – 5,100 บาท
หรือเฉลี่ยรายเดือนอยู่ที่ 12,000 – 20,400 บาท
^{14,15} เป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มี
สวัสดิการในการรักษาพยาบาล บางรายต้องขาย
สินทรัพย์เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา
นอกจากนั้นความกังวลหรือกลัว การรู้จริงและ
มั่นใจในการล้างไต รวมทั้งการมีประสบการณ์
การรับ ข้อมูล ในทางลบ การได้รับ
ข้อมูลเกี่ยวกับการฟอกเลือดหรือล้างไตและมีการ
พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพบกับผู้ที่เคย
ได้รับการบำบัดทดแทนไต และอาการของ
ผู้สูงอายุก่อนที่จะต้องบำบัดทดแทนไตรวมทั้ง
การแสวงหาทางเลือกในการรักษาอื่น ๆ ก่อนที่
จำเป็นจะต้องรับการบำบัดทดแทนไตก็เป็นปัจจัย
ที่ช่วยผู้สูงอายุและญาติในการตัดสินใจเลือก
บำบัดทดแทนไต นอกจากนั้นผู้สูงอายุและญาติ
ยังต้องเผชิญกับภาวะเครียดภายหลังการรับการ
บำบัดทดแทนไตไม่ว่าจะเป็นวิธีการฟอกเลือด
หรือล้างไตอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁶
ที่พบว่าการรักษาโดยการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยน
ไตเป็นปัจจัยที่ทำนายความเครียดของผู้ดูแล
นอกจากการมีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรคไต
เรื้อรังของผู้ป่วย ($P < 0.05$)

2. ปัจจัยการตัดสินใจเลือกการบำบัด
ทดแทนไตของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัย

ส่วนบุคคล ค่าการทำงานของไต การรับรู้การเจ็บป่วย และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 82 คน เป็นเพศชายร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 70.08 ปี (S.D.=6.83) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 63.41 ผู้ดูแลหลักร้อยละ 43.9 เป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 31.8 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 34.1 ร้อยละ 63.41 มีสิทธิการรักษาต้นสังกัดจากราชการ ร้อยละ 39 มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัวเดือนละ 39,138.37 บาท (S.D.=50686.11) กลุ่มตัวอย่างมีค่าอัตราการกรองของไต (GFR level) อยู่ระหว่าง 2.22-20.90 ค่าเฉลี่ย 6.91 (S.D.=3.85) ซึ่งบ่งชี้ถึงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะไตวายเรื้อรังอยู่ในระยะท้าย (ระยะที่5)^{5,12} โดยมีค่าปริมาณไนโตรเจนในกระแสเลือด (Blood Urea Nitrogen: BUN) อยู่ระหว่าง 13.5-112.6 mg/dl ค่าเฉลี่ย 56.3 (S.D.=24.41) ค่าการทำงานของไต Creatinine อยู่ระหว่าง 2.87-19.59 mg% ค่าเฉลี่ย 8.06 (S.D.=3.27) (Creatinine: Cr ค่าปกติ 0.55-1.18 mg%) สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย^{5,12} ที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับอัตราการกรองของไต (GFR) ที่นำไปสู่การตัดสินใจในการบำบัดทดแทนไต แต่พบว่าการลดลงของระดับอัตราการกรองของไต (GFR) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r=0.245$, $p \leq 0.01$) ซึ่งค่าการทำงานของไตมีผลโดยตรงต่ออาการของโรคที่ส่งผลกระทบมากขึ้นต่อตัวของผู้สูงอายุ^{5,12} สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในประเด็นที่ว่าผู้สูงอายุรู้สึกถึงการใกล้ตายจนต้องตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในการเลือกหรือปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตที่พบว่าเชื้อชาติ ระดับการศึกษา เพศ อายุ มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ รวมถึงการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁷ จากการศึกษาของวรรณพชร พิศวงค์¹⁸ (2021) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศหญิงเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเลือกล้างไตมากกว่าเพศชาย 1.1 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 0.89-1.41) ซึ่งบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความล่าช้าในการตัดสินใจมารับการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย¹⁹

ผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังพบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษาและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.226$, 0.347 , $p \leq 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษา ($r=0.260$, $p \leq 0.05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ ($r=-0.225$, $p \leq 0.05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าการทำงานของไต ได้แก่ ระดับการรู้คิด ระดับการศึกษา การรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=-0.094$, $.107$, $-.030$, $-.152$, $p \geq 0.05$ ตามลำดับ) ซึ่งการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต

เนื่องจากผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังต้องเผชิญภาวะคุกคามจากโรคและการรักษาที่ซับซ้อน มีการสูญเสียสมรรถภาพร่างกาย สูญเสียภาพลักษณ์ และมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลต่อภาวะจิตใจทำให้รู้สึกไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต วิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่สนใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางรักษา ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ควรมีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันเพื่อให้ได้รับข้อมูลย้อนกลับในการประเมินและการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับ หรือการยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร หรือจากญาติพี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ตลอดจนการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และมีกำลังใจในการดำรงชีวิตประจำวัน และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรสังข์สีและคณะ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พบว่าความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .34, p < .01$) และการศึกษาของจันทนา หล่อตระกูลและคณะ²⁰ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .282, p < .05$) รวมทั้งการศึกษาของวนิดา วิชัยศักดิ์และคณะ (2018)²¹ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตและในกลุ่มผู้ป่วยที่ฟอกเลือด หรือล้างไตทางช่องท้อง

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเท่านั้น การนำผลการวิจัยไปใช้จึงต้องคำนึงถึงบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาด้วย และเป็นการให้ข้อมูลย้อนหลังในประสบการณ์ขณะที่ตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตทั้งสองแบบไม่ว่าจะเป็นการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือด ผู้สูงอายุบางรายได้รับการบำบัดทดแทนไตมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจทำให้จำรายละเอียดไม่ได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้สะท้อนได้ถึงประสบการณ์ในการตัดสินใจในการเลือกบำบัดทดแทนไตและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการวิจัย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการบำบัดทดแทนไตหรือลดความเครียดจากการบำบัดทดแทนไตได้

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการบำบัดทดแทนไตในมุมมองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้าย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ข้อมูลและผลการวิจัยที่สะท้อนประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ทำให้บุคคลากรทางการแพทย์

โดยเฉพาะพยาบาลมีความเข้าใจในผู้สูงอายุ ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบ การพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม ลดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สรุป

การวิจัยนี้สร้างความรู้ความเข้าใจ ในประสบการณ์การเลือกบำบัดทดแทนไต ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ซึ่งช่วยให้เกิดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างญาติ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง และบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งเป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบการพยาบาลจากมุมมองของผู้สูงอายุ เพื่อก้าวข้าม เวลาที่ยากลำบาก สามารถที่จะเผชิญกับความเครียดและความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องมีการรักษาเป็นระยะเวลานานของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะท้ายเพื่อเป็นการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทาง สำหรับการวางแผนการพยาบาลในการช่วยเหลือ สำหรับการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการวิจัย สามารถนำไปเป็นข้อมูล ในการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพทาง การพยาบาลในการช่วยเหลือสำหรับการตัดสินใจ เลือกการบำบัดทดแทนไตในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยการพัฒนาเป็นโปรแกรมการเตรียม

ความพร้อมก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไต หรือโปรแกรมในการลดและเผชิญความเครียด ในการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต และทำการ วิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังสามารถเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้ อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. HDC- Dashboard, Ministry of Public Health. Chronic Kidney Disease new cases report.[Internet] .2024. [Cited 2025 ,January, 15] Available from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.
2. The Nephrology Society of Thailand. Thailand replacement therapy year 2021-2022 [Internet] .2024. [Cited 2025, January, 15] Available from <http://www.nephronthai.org/wp-content/uploads/2024/08/New-Annual-report-2021-2022.pdf>
3. Pisitkul T, Tungsanga K. Overview of chronic renal failure. In: Eiemong S, editor. Nephrology. Bangkok: Sawasdee Print; 2000. p. 1,223-1,264 (In Thai).
4. Marthers, T R. Nursing management acute renal failure and chronic kidney disease. In: Lewis S, Heitkemper M, Dirksen S, Brien P, Bucher L, editors. Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problem. (7thed.). St. Louis: Mosby; 2007. p. 1197-1232.

5. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guideline for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. 2002. Available, from <http://www.kidney.or/kdoqi/guideline-ckd/toc.htm>.
6. Apiwatnakorn A, Settarakul J, Phanphaeng P. Self-care in end-stage renal disease patients who refused dialysis in Uttaradit province. *Dis Control J*. 2021; 47 (2): 363-375. (In Thai)
7. Audonthak A, Kadeevee Y. The effect of a care program for end-stage renal failure patients on outcomes of Palliative care. *Journal of Health and Environmental Eucation*. 2023; 8 (2) : 173-180. (In Thai)
8. Yin T, Chen Y, Tang L, Yuan H , Zeng X. Relationship between modifiable lifestyle factors and chronic kidney disease: a bibliometric analysis of top-cited publications from 2011 to 2020. *BMC Nephrology*. 2022; 23(12): 1-15
9. Leventhal H, Nerenz, D R, Steele, D J. Illness Representations and Coping with Health Threats. In: Baum, A, Taylor, S E., Singer, J E. Editors. *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health*. NJ: Erlbaum, Hillsdale; 1984. p. 219-252.
10. Thepphawan P, Watthnakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive Representation, Emotional Responses and Hospitalization Experience in Predicting Decision Making for Receiving Treatment Among Patients with Acute Coronary Syndrome *J Nursing Science Journal Thailand*. 2011; 29(2): 111-119.
11. Khamkaew N. Factors predicting health promoting behaviors in chronic kidney disease elders. [MNS, Thesis in Gerontological Nursing] Chiang Mai: Graduate School, Chiang Mai University, 2004.
12. The Nephrology Society of Thailand. Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022 (Revised edition) [Internet] .2024. [Cited 2025, January, 15] Available from <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>
13. Samrannet W, Korissaranuphab N, Chansri P. Self-management on Volume Overload in End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis Patients. *Journal of Health Research and Development Nakhonn Ratchasima Provincial Public Health Office*. 2020; 6(2): 5-20. (In Thai)

14. Meesri A, Rittirod T, Tuntapakul W, Chunlertrith D, Sirivongs D. Costs Analysis of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients with the Universal Health Coverage Program of Renal Service Center, Srinakarin Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *KKU Res J (GS)*. 2013; 13(3): 78-88.

15. Sutawong J, Saeraneesopon T, Srisawat N, Isaranuwatthai W, Riewpaiboon A. Incidence, Cost and Budget Impact of Continuous Renal Replacement Therapy in Thailand. *Journal of Health Systems Research*; 2023, 17(4): 716-730. (In Thai)

16. Penlap N, Rungrirundorn T. Stress and associated factors among caregivers of chronic kidney disease patients at Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J*. 2016; 60(4): 425 – 38. (In Thai)

17. Sangngern K. Factors Associated to Renal Dialysis Refusal in End-Stage Renal Disease Patients in Thongsong Hospital, Nakorn Si Thammarat. *Nakorn Si Thammarat Medical Journal*. 2023; 6(2): 102-114. (In Thai)

18. Prevalence of Chronic Kidney Patients and Factors Affecting Decision-making on Renal Replacement Therapy in the Nephrology Department of Surin Hospital in a period between 2014 and 2020. *Medical Journal Of Srisaket Surin Buriram Hospitals*. 2021; 36(3): 675-684. (In Thai)

19. Sangsee P, Tanatwanit Y, Kunsongkeit W, Mounkum S. Factors Related to Self-determination to Select Dialysis Modalities in Patients with End-stage Renal Diseases. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020; 28(3): 54-65.

20. Lortajakul C, Ratanapriyanuch S, Sanamjang P. Depression, Social Support, and Quality of Life of the End Stage Chronic Kidney Disease Patients with Hemodialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018; 30 (3): 141-152.

21. Wichaisak W, Lueboonthavatchai P, Avihingsanon Y. Comparative study of quality of life between end- stage renal disease patients treated with dialysis and those treated with kidney transplantation at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J*. 2018 ;62(1): 91 – 105. (In Thai)

บทความวิจัย

การพัฒนาพหุโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มวัยทำงาน: กรณีศึกษาบ้านลานข่อย

โสภิตา สุขจรัส*

รุธานา ยาชะรัต* นาดียะ ปือชา*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลของพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานอายุ 20-59 ปี ในชุมชน และแกนนำสุขภาพ จำนวน 53 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน มีโรคประจำตัวสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผลของพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอน และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่า $t = 2.972$ 2.520 3.963 2.019 และ 2.212 ตามลำดับ) ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.24$ 3.13 และ 2.22 ตามลำดับ) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน

พหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมส่งเสริมแบบแผนสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มวัยทำงานในชุมชน

คำสำคัญ: พหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ/การอมสุขภาพ/กลุ่มวัยทำงาน/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วันที่รับบทความ: 13 ธันวาคม 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 6 เมษายน 2567

*ผู้รับผิดชอบหลัก : โสภิตา สุขจรัส ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

E-mail : sopida161@gmail.com

*กลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

The Development of a multiple-health promoting program to prevent chronic non-communicable diseases in the working- age group:

Case study of Ban Lan Khoi

Sopida Sukjarung*

Ruhana Yacharat* Nadeeyah Bersa*

ABSTRACT

This action research aimed to examine the health behavior situation, develop a multi-health promotion program, and evaluate the effectiveness of multi-health promotion program for prevention of non-communicable diseases (NCDs) among working-age groups in the community. The study samples consisted of 53 community dwellers and health leaders aged 20-59 years. Data was collected using questionnaires, in-depth interviews, and a multi-health promoting program.

The research findings revealed that the top three chronic illnesses among working-age people were diabetes, hypertension and dyslipidemia. The results of the multi-health promotion program found that eating behavior, drinking water, exercising, sleeping, and breast self-examination were significantly different after intervention ($t = 2.972$ 2.520 3.963 2.019 and 2.212 respectively). In addition, body mass index, waist circumference, and diastolic blood pressure were significantly different after receiving the program ($t = 3.24$, 3.13 and 2.22 respectively). However, there were no differences in systolic blood pressure and blood sugar levels after receiving the program.

This multi-health promoting program in preventing non-communicable diseases could be used to promote health pattern and to change health behaviors in order to prevent chronic non-communicable diseases in the working-age population in the community.

Keywords: Multi-Health Promotion Programs/Health Savings/working age group/chronic non-communicable diseases

Article info: Received: December 13, 2023, Revised: February 2, 2024, Accepted: April 6, 2024

Corresponding Author: Sopida Sukjarung Health Center 12, Yala, Mueang District, Yala Province E-mail: sopida161@gmail.com

*Health Promotion Development Group Health Center 12 Yala, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non Communicable Diseases (NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวมเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ในประเทศไทย กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ของประเทศ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด(หมายถึง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง พบแนวโน้มความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น¹ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี² จากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2564 พบว่าโรค NCDs ในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตปีละกว่า 3.2 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมา คือโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือดคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 126.3 52.8 และ 32.6 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ และอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง พบสูงขึ้นประมาณร้อยละ 24.7 หรือ

จำนวนประมาณ 13 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีระยะเวลานานหรือคิดเป็นร้อยละ 22 ของ Gross National Demotic Produce(GDP)³ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ หัวใจในการกำหนดสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายสถานะสุขภาพที่ดีกว่ารายได้การมีงานทำ ระบบการศึกษา เชื้อชาติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะชีวิตสำคัญในการสร้างต้นทุนสุขภาพให้มีการดำเนินอย่างมีคุณภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากการภาวะอ้วน การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมประกอบด้วย ดื่มสุรา ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาวะความเครียด การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนไทย⁴ ข้อมูลภาวะสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่ ในระบบรายงาน HDC สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลสถานการณ์ดัชนีมวลกายปกติของประชาชนวัยทำงาน อายุ 18 – 59 ปี 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2562 – 2564) ระดับประเทศ พบ ร้อยละ 51.96, 48.8 และ ร้อยละ 47.94 ตามลำดับ และข้อมูลสถานการณ์ดัชนีมวลกายปกติของประชาชนวัยทำงาน อายุ 18 – 59 ปี 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2562 – 2564) ระดับเขตสุขภาพที่ 12 พบ ร้อยละ 41.96, 41.71 และ ร้อยละ 40.97 ตามลำดับพบว่าดัชนีมวลกายปกติของประชาชนวัยทำงาน

อายุ 18 – 59 ปี มีแนวโน้มลดลงทุกปี ทั้งในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพที่ 12 คนวัยทำงานมีภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้น และข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนวัยทำงาน ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 4 ปี ย้อนหลัง (ปี 2562 – 2565) ระดับประเทศ พบร้อยละ 25.3, 36.5, 45 และร้อยละ 43.4 ตามลำดับระดับเขตสุขภาพ ที่ 12 พบร้อยละ 21.1, 31.5, 40.7 และร้อยละ 31.4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มีแนวโน้มลดลงทั้งในระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพที่ 12 พบว่าพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ภาวะเครียด รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ปัจจัยสำคัญ คือ การบริโภคอาหารที่หวานจัด ไขมันสูง รสเค็มจัด เครื่องดื่มรสหวาน น้ำอัดลม สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว⁵

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura, 1989 ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ แนวคิดกำกับตนเอง กระบวนการตัดสินใจ ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจในการมีพฤติกรรมนั้นและช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วม เน้นการพัฒนาแกนนำสุขภาพ การจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาทักษะการกำกับตนเอง และดูแลตนเอง

เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อสุขภาพที่ดี โดยเน้นบูรณาการ 9 พฤติกรรมสำคัญ (พหุโปรแกรม) “3อ. 2ส. 3น. 1ฟ.” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ การดื่มน้ำ การนอน การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และมี กิจกรรมสำคัญของโปรแกรม คือ การบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพ “ออมสุขภาพ” รายวัน และรายเดือนของกลุ่มแกนนำสุขภาพ (กลุ่มทดลอง) และใช้แนวคิดของการประกันสุขภาพ (Health Insurance) มาส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) สนับสนุนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลและกลุ่ม เพื่อให้ประชาชนมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) การจัดการปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁷ และประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และภาวะสุขภาพที่ดี เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในพื้นที่วิจัย
2. เพื่อศึกษาแนวทาง และองค์ประกอบ การพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประชาชนวัยทำงาน
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และภาวะสุขภาพที่ดี

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการนำหุโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ กลุ่มแกนนำสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพ “3อ.2ส. 3น.1ฟ.” ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

2. หลังการนำหุโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ กลุ่มแกนนำสุขภาพ มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ภาวะน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาเชิงปฏิบัติการ ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน โดยดำเนินงาน ดังนี้ 1) ลงพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ จัดสนทนากลุ่ม กับผู้บริหารแกนนำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) รับผิดชอบการดูแลสุขภาพในชุมชนพื้นที่วิจัย จำนวน 10 คน สัมภาษณ์เจาะลึก ดูแนวคิดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและกระบวนการจัดการสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมในระยะวินิจฉัยปัญหา (Problem Diagnosis) โดยใช้แนวคิด PRECEDE Model^๑ รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาองค์ประกอบ รูปแบบพัฒนา และตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การกำหนดรูปแบบพัฒนาและแผนปฏิบัติการ ดังนี้ 1) ประชุมทีมผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดรูปแบบ และวางแผนเพื่อการจัดการดำเนินงานพัฒนารูปแบบหุโปรแกรมฯ 2) รับสมัครอาสาสมัคร ทำงาน

อายุ 20-59 ปี เป็นแกนนำสุขภาพเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา 3) กำหนดรูปแบบการพัฒนาแกนนำสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วม และใช้กระบวนการกลุ่ม 4) พัฒนาเครื่องมือการบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคล รายวัน และรายเดือนของกลุ่มแกนนำ เพื่อรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ 9 พฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนวด การออกกำลังกาย การมีอารมณ์ไม่เครียด การนอนหลับ การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง) ตรวจสอบการพัฒนาแบบ และการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ เชี่ยวชาญที่ เลือ กแบบเจาะจง เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการวิจัย และด้านสาธารณสุข จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัย จำนวน 3 คน ดำเนินการในรูปแบบการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง โดยประชุมวางแผนผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องพร้อมกัน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุปในการพัฒนา กำหนดเป็นรูปแบบหุโปรแกรมฯ สรุป ปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาความตรงประเด็น ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการดำเนินการจริง 5) สร้างแบบสอบถามและแนวทางการเก็บข้อมูลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ใน 9 พฤติกรรม และสถานะสุขภาพของคนวัยทำงานในชุมชน โดยนำไปทดลองกับกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และ ค่าความ เชื่อ มั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

(Alpha-Coefficient) ด้วยสถิติตามวิธี cronbach' alpha coefficient ในช่วง 0.7-0.9 (Cronbach, 1990, p.202-204)⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแผน มีกิจกรรมสำคัญ คือ 1) กำหนดแผนการปฏิบัติงานและจัดทำปฏิทินการปฏิบัติงาน วางแผนการพัฒนาร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และรับสมัครแกนนำสุขภาพ (กลุ่มทดลอง) ในพื้นที่วิจัย 2) สืบหาข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และสถานะสุขภาพของกลุ่มแกนนำสุขภาพ (กลุ่มทดลอง) ชาย-หญิงวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี จำนวน 53 คน โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการศึกษา 3) จัดเวที คืบหาข้อมูลจากการสำรวจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ร่วมกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการ ระยะเวลาและบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง 4) จัดกิจกรรมพัฒนาแกนนำ สร้างความรอบรู้ในกลุ่มแกนนำที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา จำนวน 53 คน โดยจัดฐานการเรียนรู้ ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ครอบคลุม 9 พฤติกรรม “3อ. 2ส. 3น. 1ฟ.” จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 วันต่อครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ฐานการเรียนรู้ พฤติกรรมสุขภาพเรื่อง 3อ. 1น. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และการดื่มน้ำ) ครั้งที่ 2 ฐานการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่อง ส.2 1ฟ. (สุรา สูบบุหรี่ และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน) ครั้งที่ 3 ฐานการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่อง 2 น. (การนอนที่มีคุณภาพ และการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง) เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการกลุ่ม สอน-สาธิต และฝึกปฏิบัติ สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่

การสร้างสุขภาพที่ดี¹⁰ 5) การบันทึกสะสม พฤติกรรมสุขภาพ 9 พฤติกรรม (3อ. 2ส.3น.1ฟ.) ของกลุ่มแกนนำ โดยแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แนะนำการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคล รายวัน และรายเดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2565 เป็นเวลาจำนวน 9 เดือน กำหนดการติดตามและประเมินผลจากสมุดบันทึกการอมสุขภาพ เดือนละ 1 ครั้ง 6) จัดเวทีประชุมแกนนำ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการบันทึกและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน/ครั้ง กำหนดการให้คะแนน แยกรายพฤติกรรม และวิเคราะห์ข้อมูลแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคล และรายกลุ่มในภาพรวม 7) ดำเนินการสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁰โดยจัดกิจกรรมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ มหกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” จัดนิทรรศการ สอน-สาธิต ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 9 พฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชนจัดกิจกรรม 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง

ระยะที่ 4 ประเมินผล (Evaluation)

การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้ 1) ประเมินผลจากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ประเมินผลลัพธ์การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการอมสุขภาพ ด้วยพหุโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำ จากค่าคะแนนของการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน 9 พฤติกรรม และประเมินผลลัพธ์ต่อภาวะ

สุขภาพ จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในนิคมบ้านลานข่อย เปรียบเทียบผลปี 2564 และปี 2565

3) การสนทนากลุ่มถอดบทเรียนประสบการณ์ของกลุ่มแกนนำสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาความรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและผลการปฏิบัติในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ใน 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านลานข่อย/หมู่ที่ 2 บ้านห้วยหลุด /หมู่ที่ 6 บ้านมาดนั่ง และหมู่ที่ 7 บ้านห้วยศรีเกษร ในตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 1,824 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการดำเนินงานตามขั้นตอนศึกษาวิจัย ดังนี้

1) การทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน ประกอบด้วยผู้บริหารเทศบาลตำบลลานข่อย ผู้นำชุมชน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่วิจัย จำนวน 10 คน

2) กลุ่มแกนนำที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา(กลุ่มทดลอง) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เป็นประชากรวัยทำงานชาย-หญิง อายุ 20-59 ปี ในพื้นที่วิจัย ที่สมัครใจ ยินยอม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดกระบวนการศึกษา ไม่กำหนดเพศชาย – หญิง จำนวน 53 คน

3) กลุ่มตัวอย่างถอดบทเรียน ประสบการณ์การพัฒนา กลุ่มแกนนำสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 4 คน ได้แก่

แกนนำที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา จำนวน 1 คน

เครื่องมือการวิจัย และการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 5 ตอนประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิด มีตัวเลือก

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิดมีตัวเลือก และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง สันรอบเอว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินอาหาร จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็น Rating scale 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน = ไม่ได้ทำเลย 1 คะแนน = ทำได้บ้าง 2 คะแนน = ทำได้ดี

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายปิดมีตัวเลือก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถาม

ปลายปิดมีตัวเลือกในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง
เพิ่มข้อคำถามพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านม
ด้วยตนเอง จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบสอบถาม
ปลายปิดมีตัวเลือก

2) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ หรือ
สมุดบันทึก “ออมสุขภาพ” ซึ่งออกแบบขั้นตอน
พัฒนารูปแบบกิจกรรมในการสะสม 9 พฤติกรรม
เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมี 5 พฤติกรรม
หลัก (1.อาหาร 2.การดื่มน้ำ 3.ออกกำลังกาย
4.อารมณ์ 5.การนอนหลับ) และ 4 พฤติกรรม
รอง (1.การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน
2.การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 3.ไม่ดื่มสุรา
4.การไม่สูบบุหรี่) ใช้เก็บข้อมูลการบันทึก
พฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครแกนนำ
สุขภาพ รายวัน รายเดือน มีหลักเกณฑ์การสะสม
คะแนน ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอน การตรวจ
คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพ
ช่องปากและฟัน มี 3 ระดับ คือ ไม่ได้ทำ
เลย ทำได้บ้าง และทำได้ดี มีเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้ 0 คะแนน = ไม่ได้ทำเลย 1 คะแนน = ทำ
ได้บ้าง 2 คะแนน = ทำได้ดี พฤติกรรมการตรวจ
สุขภาพช่องปากและฟัน 2 ครั้ง/ปี มี 2 ระดับ คือ
ไม่ได้ตรวจ และตรวจ 0 คะแนน = ไม่ได้ตรวจ
2 คะแนน = ตรวจ พฤติกรรมการจัดการอารมณ์
ความเครียด สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
มี 2 ระดับ คือ มีหรือทำ และไม่มีหรือไม่ทำ 0
คะแนน = มี หรือทำ 2 คะแนน = ไม่มี หรือ
ไม่ทำ อธิบาย 9 พฤติกรรมสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ย
เต็ม 2 คะแนน แบ่งเป็น ระดับดี (1.28 –
2 คะแนน) ระดับพอใช้ (0.68-1.27 คะแนน)
และต้องปรับปรุง (0.00 – 0.67 คะแนน)

วิเคราะห์รวบรวมคะแนนรายพฤติกรรม แปลผล
ระดับพฤติกรรม โดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณ
ค่า (Rating Scale) (Likert : 1961)¹²

3) เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
ประเด็นคำถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูล
สำคัญ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group)¹³
ในขั้นตอนการศึกษา ระยะที่ 1 และระยะที่ 4

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยและครั้งนี้ ผ่านความ
เห็นชอบได้รับการรับรอง อนุมัติจริยธรรมวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยกรมอนามัย
ระดับภาคใต้ รหัสโครงการวิจัย HPC12 - 13/64
วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจง
วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง
สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา
มีการคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล ไม่มีการบันทึกชื่อ
ของผู้ให้ข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์
เปรียบเทียบประเมิณผลลัพธ์ของโปรแกรม
สุขภาพก่อนและหลังศึกษา โดยใช้ช่วงของค่า
ต่ำ - สูงสุด และความสัมพันธ์ Paired T - Test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
สังเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล ใช้ลักษณะ Content
Analysis จากเนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้
จากการถอดเทปเสียงโดยผู้วิจัยอีกท่านที่ไม่ได้
เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อป้องกันความ
ลำเอียงของข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้อง
ของข้อมูลก่อนดำเนินการจากผู้วิจัยทั้งสองท่าน
อย่างเป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพในครั้งนี้นำไปใช้ในการอภิปราย
สนับสนุนผลการการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงปริมาณในประเด็นที่สอดคล้องกัน

ผลการวิจัย

การทำความเข้าใจ วินิจฉัยปัญหา(Problem Diagnosis)พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัญหา สุขภาพ และกระบวนการจัดการสุขภาพของ คนในชุมชน

การสะท้อนความคิดเห็นต่อพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ และกระบวนการ
จัดการสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งได้จากการ
สนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน
ดังนี้

1) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ
คนในชุมชน สาเหตุและประเด็นที่น่าเป็นห่วง
มีดังนี้ คนในชุมชนไม่ตระหนักเรื่องสุขภาพ คน
ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันใน
เลือดสูงเพิ่มขึ้น กลุ่มสตรีเป็นมะเร็งเต้านม
สาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การกิน
อาหารไม่ถูกต้อง ไม่ปลอดภัย กินหวาน มัน เค็ม
ไม่กินผัก ผลไม้ ดื่มน้ำหวาน ไม่ออกกำลังกาย
การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ยกตัวอย่างความ
คิดเห็น ในกระบวนการจัดการสุขภาพในชุมชน
“อยากให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักเรื่องของ
การปรับเปลี่ยนสุขภาพ..[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2,5,8]

2) รูปแบบในการพัฒนาการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดเสี่ยง-ลดโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง แก่
ประชาชนในชุมชนโดยใช้เวทีการประชุม
ประจำเดือนของหมู่บ้าน พัฒนาความรู้แกนนำใน
ชุมชน หรือ อสม. เพื่อไปแนะนำบอกต่อคนใน
ชุมชนได้ ยกตัวอย่าง ดังนี้ “มีกิจกรรมที่ให้คน

ในชุมชนมีส่วนร่วม..ทำให้คนในชุมชนเป็นเจ้าของ
ปัญหาสุขภาพ [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1,5,8,9]”
กิจกรรมของชุมชนที่คิดว่าทำได้อยู่แล้ว ได้แก่
การณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน
การส่งเสริมให้ทุกครัวเรือนมีการปลูกผักกินเอง
และมีการคัดกรองตรวจสุขภาพของประชาชน
ทุกปี

การพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริม สุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน ชุมชนบ้านลานข่อย

ผลการวิจัยจากการระดมความเห็นจาก
ผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนใน
ระยะที่ 1 และผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดเป็น
รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วน
ร่วม สรุป ปรับปรุง แก้ไข และการทดลอง
ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีองค์ประกอบ
ที่เกี่ยวข้อง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสร้าง
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 2) การพัฒนา
แกนนำสุขภาพในชุมชน (Health leader) 3) การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิด
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 8
กิจกรรม ดังนี้ 1) การสำรวจข้อมูลสถานการณ์
พฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของคนวัย
ทำงานในชุมชนพื้นที่วิจัย 2) การคืนข้อมูล
ผลการสำรวจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน 3) การ
พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ จัดกิจกรรมใน
รูปแบบฐานการเรียนรู้ พหุโปรแกรม 9 พฤติกรรม
“3อ.2ส.3น.1พ.” สอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ
โดยผู้เชี่ยวชาญ 4) การจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ
9 พฤติกรรม รายวัน และรายเดือน 5) การกำกับ
ติดตามผล

การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ รายวัน รายเดือนของกลุ่มแกนนำ 6) การขยายผล การสื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนโดยแกนนำสุขภาพ 7) การสร้างแรงจูงใจแก่แกนนำที่มีผล การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีคุณสมบัติเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ (Health model) 8) กิจกรรมการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ มหกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และขั้นตอนการประเมินผลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในชุมชน 2) ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มแกนนำจากการจดบันทึกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “ออมสุขภาพ” 3) ประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มแกนนำจากข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) การสนทนากลุ่มถอดบทเรียน การเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา

ผลลัพธ์การพัฒนาเส้นทางพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และเปรียบเทียบผลรายพฤติกรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มแกนนำ จำนวน 53 คน ภาพรวมในระยะเวลา 9 เดือน พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระดับดีทั้ง 9 พฤติกรรม ผลการทดสอบผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา พบว่า พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอน และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่า $t = 2.972 \ 2.520 \ 3.963 \ 2.019$ และ -2.212 ตามลำดับ) ผลการทดสอบผลลัพธ์พฤติกรรมด้านอารมณ์ การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

Table 1 Health savings results, details according to 9 health behavior issues (n=53)

Behavior	Health savings results (1month)	Health savings results (3month)	Health savings results (6month)	Health savings results (9month)	Health savings results (Total)	t	Sig. (2-tailed)
1. Food consumption behavior	1.53	1.61	1.62	1.64	1.60	2.972	.004*
2. Water drinking behavior	1.68	1.75	1.79	1.80	1.76	2.520	.015*
3. Emotional behavior continuous	1.90	1.89	1.90	1.91	1.90	.337	.738

Behavior	Health savings results (1month)	Health savings results (3month)	Health savings results (6month)	Health savings results (9month)	Health savings results (Total)	t	Sig. (2-tailed)
4. Exercise behavior for 30 minutes	1.31	1.39	1.47	1.50	1.42	3.963	.000*
5. Sleeping behavior	1.69	1.74	1.87	1.77	1.73	2.019	.049*
6. Oral health care behaviors	1.84	1.89	1.89	1.88	1.87	.994	.349
7. Non-smoking behavior	1.92	1.94	1.93	1.93	1.93	1.192	.239
8. Behavior of not drinking alcohol	1.86	1.87	1.87	1.94	1.89	1.388	.171
9. Breast self-examination behavior	1.91	1.87	1.84	1.86	1.87	-2.212	.031*

Note: Health savings results level greater than 1.28 – 2 is at the good level

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กับภาวะสุขภาพของกลุ่มแกนนำ (ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม)

ผลการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแกนนำ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure)

ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา พบว่าค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวเพศหญิง และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t = 3.24, 3.13$ และ 2.22 ตามลำดับ) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวบน ก่อน-หลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาไม่มีความแตกต่างกัน ดังใน (ตารางที่ 2)

Table 2 Compare and contrast health conditions and related factors of leaders before and after participating in the development process (n = 53)

Health conditions and related factors	Before testing		After testing		Df	t	p-value	95% CI	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				lower	upper
BMI	24.85	2.86	24.35	2.82	52	3.241	.002	.189	3.241
Waistline male	91.5	.000	91.5	.500	3	1.000	.391	-.546	1.046
Waistline female	84.70	.422	82.37	.481	48	2.203	.032	.011	.234
Fasting blood sugar	99.15	12.06	98.64	13.99	52	.275	.785	-3.210	.275
Systolic blood pressure	117.65	11.53	117.36	8.93	52	.239	.812	-2.134	.239
Diastolic blood pressure	76.69	8.20	74.36	7.53	52	2.226	.028	.265	4.388

* Waistline Male n=4 Waistline Female n=49

ผลการถอดบทเรียนประสบการณ์ การพัฒนาของกลุ่มแกนนำสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

(1) ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ถอดบทเรียนประสบการณ์ในกลุ่มตัวอย่างแกนนำสุขภาพ สะท้อนความคิดเห็นในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาครั้งนี้ ดังตัวอย่างข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

1) การทำพฤติกรรมสุขภาพ 9 พฤติกรรม ในแต่ละวัน (3อ. 2ส. 3น. 1ฟ.) พฤติกรรมสุขภาพที่ทำได้ทุกวัน เป็นนิสัย ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ลดอาหารรสจัด (หวาน/มัน/เค็ม) พฤติกรรมสุขภาพที่ทำไม่ได้หรือทำได้บ้างในแต่ละวัน ได้แก่ การนอนครบ 6 – 8 ชั่วโมง เนื่องจากการประกอบอาชีพทำสวนยางพาราส่งผลต่อการนอน และการแปรงฟันที่ถูวิธี ตัวอย่างความคิดเห็น “พฤติกรรม

การแปรงฟัน สูตร 2-2-2 ..ความแรงรีบจึงไม่สามารถแปรงฟันใช้เวลานาน 2 นาทีได้.. [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1]” ส่วนพฤติกรรมสุขภาพเรื่องที่ทำได้ยาก ได้แก่ การบริโภคอาหาร เช่น การกินผักตามปริมาณที่แนะนำให้กินผัก 5 ทัพพีต่อวัน บางวันไม่สามารถกินได้ตามสัดส่วนที่แนะนำ ยกตัวอย่างความคิดเห็น “ผักซื้อจากตลาดกังวลเรื่องยาฆ่าแมลง..เน้นกินผักที่ปลูกเองบางวันกินไม่ได้ตามปริมาณที่แนะนำ..[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1]”

2) การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 9 พฤติกรรม ในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นตรงกัน มีการบันทึกเป็นประจำทุกวัน เพราะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จะบันทึกก่อนนอนทุกวัน ความมั่นใจต่อความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกพบว่า พฤติกรรมอื่น ๆ มั่นใจว่าบันทึกได้ถูกต้อง

ตามความเป็นจริง แต่ไม่มั่นใจเรื่องการบริโภคอาหารตามสัดส่วน ปริมาณที่แนะนำ และส่วนใหญ่เห็นว่าไม่มีความลำบากในการบันทึก ยกตัวอย่างความคิดเห็น “การบันทึกพฤติกรรมไม่สร้างความลำบาก ช่วงแรกมีปัญหาในการลืมนบันทึก แต่เห็นผลจากการบันทึกเหมือนได้พบทวนพฤติกรรมตัวเองทุกวัน ช่วยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี..[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1,2 และ3]”

3) การเรียนรู้ที่เกิดจากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพแต่ละวัน ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิธีการบันทึกข้อมูลพฤติกรรม ส่วนใหญ่เห็นว่า การบันทึกกิจกรรมสุขภาพสามารถทำได้ การบันทึกพฤติกรรมทุกวันเกิดผลที่ดีต่อสุขภาพแบบไม่คาดคิด วิธีการบันทึกกิจกรรมสุขภาพควรทำรูปแบบในการบันทึก 2 แบบ คือ การบันทึกลงในสมุดบันทึกกิจกรรมสุขภาพ..เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สะดวกในการใช้โทรศัพท์ และควรทำแบบบันทึกเป็นแอปพลิเคชัน เพื่อบันทึกในโทรศัพท์ ยกตัวอย่างความคิดเห็น “ควรเพิ่มเติมคำแนะนำในคู่มือหรือสมุดบันทึก โดยแปรรูป หรือให้คำแนะนำพฤติกรรมทันทีที่มีการบันทึก และต้องมีการสร้างแรงจูงใจ ให้คนที่มีความผิดปกติและสุขภาพที่ดี..[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3]”

(2) ผลการถอดบทเรียนประสบการณ์การพัฒนาของผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาสะท้อนความคิดเห็น ดังนี้

1) ความคิดเห็นในฐานะที่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างสุขภาพคนในชุมชน “การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษา...

ช่วยแก้ปัญหาด้านอื่นๆได้อีกหลายปัญหา[ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพ.สต.]” เป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน “สร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตัวเอง และมีความตระหนัก และให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น[ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพ.สต.]”

2) ความมั่นใจในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “ออมสุขภาพ” เห็นด้วยกับรูปแบบการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “ผมมีความเชื่อมั่นว่า การบันทึกพฤติกรรมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ แก่นำสุขภาพที่เข้าร่วมกิจกรรม มีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ นำมาใช้ในการตรวจเช็คพฤติกรรม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลดีต่อสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด [ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพ.สต.]”

3) เสนอแนะเพื่อพัฒนาใช้ประโยชน์ของวิธีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “รูปแบบการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบสมุดบันทึกที่ใช้อยู่ก็ใช้ได้ แต่ถ้าปรับเป็นรูปแบบ ของแอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ น่าจะดีกว่าและง่ายกว่าพัฒนาให้มีการแปรรูปข้อมูลคืนกลับให้ผู้บันทึกได้เลยน่าจะดีมาก ตอนนี้อาจารย์บ้านมีโทรศัพท์มือถือที่เป็น Smart Phone ใช้กันมากขึ้นแล้ว [ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพ.สต.]”

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในชุมชนมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในภาวะอ้วน เพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวเกินเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง และพบว่า มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงสภาวะสุขภาพ และ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพในชุมชน รูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชาชนวัยทำงาน ในชุมชนบ้านลานห้อย ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 2) การพัฒนาแกนนำสุขภาพในชุมชน (Health leader) 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ จากผลการศึกษาส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลลัพธ์ต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา และ กิจกรรมการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพรายวัน รายเดือนทำให้เกิดการ “อมสุขภาพ” โดยการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเองประจำวัน เป็นการตรวจเช็ค ทบทวนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการสุขภาพด้วยตนเอง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ “การบันทึกไม่ลำบาก เพราะทำให้สามารถใช้ทบทวนพฤติกรรมตัวเองทุกวัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวันต่อไปได้ และรู้สึกสนุกกับการบันทึกถือว่าเป็นกิจกรรมประจำวันไปแล้ว [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3]” เกิดกระบวนการจัดการ สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเวทีต่างๆของชุมชนโดยแกนนำ และขยายผลไปในทุกกลุ่มวัยในชุมชนโดยการจัดเวที รณรงค์ สื่อสารประชาสัมพันธ์ มหกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” และเป็นไปในทางเดียวกับ

ศิริเนตร สุขดี14 ที่ศึกษาการพัฒนาแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พบว่าได้ใช้แนวทางกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเข้าร่วมทดลองใช้แนวทางปรับปรุงร่วมกัน เพื่อนำไปใช้จริงจะให้ผลที่ดีขึ้น

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประชาชนวัยทำงาน ในชุมชนบ้านลานห้อย พบว่า ผลการทดสอบผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการทดสอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวเพศหญิง และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ปริญญาธิ์ นิลนันท15 ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า หลังทดลองการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ถอดบทเรียนในการเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการพัฒนาของกลุ่มตัวอย่าง

แกนนำสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาโดยรวม สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติ รูปแบบหุโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นและการดำเนินกิจกรรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน และกิจกรรมการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ “ออมสุขภาพ” ส่วนใหญ่เห็นด้วยและมีความเชื่อมั่นว่าการบันทึกมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลดีต่อสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด สามารถใช้รูปแบบนี้ดำเนินการได้ต่อไป และมีความคาดหวังจะขยายผลสู่ประชาชนกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนให้มากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ “การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ดี การันตีว่ามีการทำพฤติกรรมสุขภาพดีตรงตามที่มีการบันทึกจริง เห็นด้วยกับรูปแบบนี้ [ผู้ให้ข้อมูลผอ.รพสต.] “การบันทึกพฤติกรรมของเราทุกวันนี้คิดว่าดีมากทำแล้วได้ผลดีกับสุขภาพแบบไม่คาดคิด... [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2]” สอดคล้องกับนิลภา จิระรัตนวรรณ, สุคนธ์ วรรณษอมร และศรีสุตา รัศมีพงศ์16 พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพแต่ละกลุ่มวัยโดยการดำเนินการขององค์กรหลักในพื้นที่ โดยชุมชนมีการดูแลกันเอง ร่วมคิด ร่วมวางแผน กับหน่วยงานหลักในพื้นที่ จะช่วยสร้างกระบวนการตัดสินใจตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตที่มองเป็นองค์รวม ที่จัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการสุขภาพ เป็นประโยชน์เบื้องต้นในการปรับคุณภาพชีวิต และผลการศึกษาของ วรรณภา ประทุมโทน พนารัตน์ เจนจบ สมตระกูล ราศรี และนันทวรรณ อีรพงศ์17 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริม

สุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เพื่อศึกษาสร้าง ตรวจสอบ พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตสูงขณะคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ ความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบมีลักษณะที่ดีขึ้น

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ กระบวนการพัฒนารูปแบบหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเป็นการออกแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการสุขภาพของตนเอง เกิดจากการระดมสมองของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจริงในชุมชน และผู้นำชุมชนผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยทำให้สามารถปรับเทคนิค วิธีการปฏิบัติงานไปใช้ได้จริง

จุดอ่อนในการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษานี้ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลทำให้ขาดการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1) รูปแบบหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำไปใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถจัดการตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง ในประชากรหรือพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

2) การพัฒนารูปแบบพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังฯ ครั้งนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบกิจกรรมการพัฒนา ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้มีความมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของดำเนินกิจกรรม และส่งผลต่อการสร้างความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาพัฒนารูปแบบนี้ ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อศึกษาผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดจากการใช้พหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มวัยรุ่น วัยรุ่น เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจบันทึกพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

References

1. Department of Disease Control. National 5-year strategic plan for prevention and control of non-communicable diseases (2017-2021). Bangkok: Emotion Art; 2021.
2. World Health Organization. Essential medicines and basic health technologies for noncommunicable diseases: towards a set of actions to improve equitable access in Member States: World Health Organization; 2015.

3. Office for International Health Policy Development. Report on the burden of disease and injury in the Thai population 2014. Nonthaburi: International Health Policy Development Office; 2018.

4. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of operations in the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs). Nonthaburi: Noncommunicable Disease Division Department of Disease Control; 2019.

5. Office of Disease Prevention and Control 12, Songkhla Province. Annual report 2021. Songkhla: Department of Disease Control. Ministry of Public Health; 2021.

6. Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. Annals of Child Development. 6: 1-60.

7. Intharakamhaeng A. Development and use of tools by Thai adults. Evaluate compliance with the principles of 3A.2S. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2014.

8. Thaweerat P. Research methods in behavioral science. 8th printing. Bangkok: Road Testing Office. Education and Psychology, Srinakharinwirot University; 2000.
9. Suntharayutthong T. Transformative management, educational theory, research, and practice, Bangkok. Nakhon: Netikul Printing Company; 2008.
10. Inthakamhaeng A. Health knowledge. Measurement and development. 1st printing. Bangkok: The Company. Sukhumvit Printing Co., Ltd. 2017.
11. Ungpansattawong S. Sampling techniques. Khon Kaen : Department of Statistics, Faculty of Science, Khon Kaen University; 2015.
12. Likert, Rensis. (1961). New Pattern of Management. New York : McGraw – Hill.
13. Ueawong K. Group discussion: Effective qualitative data collection techniques. Journal Education, STOU. 2019;12(1):17-30.
14. Sukdee S. Development of behavior modification models. Health of groups at risk for chronic communicable diseases by community participation [Doctor of Philosophy Thesis]. Bangkok: Srinakarin University Wirot; 2017.
15. Nilnon P. Perceived self-efficacy in food consumption and exercise. Physical strength of members of the Elderly club, Bang Khla district, Chachoengsao province Rajanagarindra Journal July-December 2017:93-100.
16. Jiraratanawanna N, Watthanamon S, Rasameephong S. Community participation in promoting health. Mahachula Academic Journal [Internet]. 2019 [Accessed 2023 December 28]; 6:[365-81]. Accessible from:<https://so04.tcithaijo.org/index.php/JMA/article/download/180992/133210/>
17. Pratumthong W, Janjob P, Rasiri S. and Teeraphong N. Development of the Continue to promote participatory health Health promotion behaviors and health status of personnel Boromarajonani College of Nursing. Journal of Public Health. [Internet].2019 [Accessed in 2023. December 26]:[96-108]. Accessible from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/6795/6675>

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลชุมชนในการคัดกรองและการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยใน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

วิไลพรรณ สมบุญตนนท์*

สุภาวดี เทียงธรรม**

บทคัดย่อ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากเป็นภาวะที่ความรุนแรงก้าวหน้าตามอายุที่มากขึ้น นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ได้รับบาดเจ็บ เกิดสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะพึ่งพาในที่สุด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดปฐมภูมิที่พยาธิสรีระวิทยาเกี่ยวข้องกับอายุ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ นอกจากนี้ยังนำเสนอบทบาทในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพื่อทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยและการรักษาต่อไป รวมถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการช่วยผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งจะเป็นการชะลอการเสื่อมของกล้ามเนื้อจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างอิสระด้วยตนเองสามารถพึ่งพิงตนเองได้ ไม่เกิดการระอ่ครอบครัวยและดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลในชุมชนและการดูแลที่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: พยาบาลชุมชน/ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ผู้สูงอายุ/ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

วันที่รับบทความ: 4 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 21 เมษายน 2568; วันที่ตอบรับบทความ: 22 เมษายน 2568

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Email: supathi@kku.ac.th

Role of Community Nurses in Sarcopenia Screening and Prevention for Community-Dwelling Older Adults

Wilaipun Somboontanont*

Supavadee Thiengtham**

ABSTRACT

Sarcopenia is a significant concern among community-dwelling older adults due to its age-related progressive nature, leading to an increased risk of falls and injuries, functional decline, and ultimately dependency. This article aims to enhance community nurses' understanding of primary sarcopenia, focusing on the age-related pathophysiology and modifiable behavioral risk factors. Furthermore, this article presents the role of community nurses in screening older adults with possible sarcopenia for referral to hospitals for further diagnosis and treatment. It also discusses the application of the Health Belief Model in assisting older adults to modify risky behaviors, with the goal of preventing sarcopenia in high-risk older adults with possible sarcopenia. This proactive approach seeks to delay age-related muscle deterioration, enabling older adults in the community to live independently, avoid burdening their families and caregivers, and maintain a good quality of life. Consequently, this approach contributes to the quality indicators of elderly care provided by community and home care nurses.

Keywords: Community nurse/Health belief model/Older adults/Sarcopenia

Article info: Received: February 4, 2025, Revised: April 21, 2025, Accepted: April 22, 2025

* Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**Corresponding author: Lecturer, Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) เป็นภาวะที่เกิดจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในร่างกาย ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะนี้ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายเสื่อมถอยลง ทำให้การทรงตัวไม่ดีและเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย และนำมาซึ่งผลแทรกซ้อนต่างๆ เช่นกระดูกหัก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เกิดแผลกดทับ และเป็นภาวะกับผู้ป่วยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสามารถแบ่งตามสาเหตุได้ 2 ชนิด ได้แก่ 1) มวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดปฐมภูมิ (primary sarcopenia) เป็นภาวะที่มีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับความสูงอายุเพียงอย่างเดียว และ 2) มวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดทุติยภูมิ (secondary sarcopenia) เป็นภาวะที่มีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น โรคกระดูกพรุน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะขาดสารอาหาร ขาดการออกกำลังกาย การขาดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน การใช้ยา เป็นต้น¹

ในปัจจุบันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยถูกจัดให้เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ร่วมกับภาวะเปราะบาง (Frailty) โดยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยถูกจัดเป็นความเปราะบางทางด้านกายภาพ (Physical frailty)² โดยพบว่าทั้งสองภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุไปในแนวทางเดียวกัน คือ มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง^{3,4} เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้รับการบาดเจ็บ เกิดความพิการ^{5,6} คุณภาพชีวิตที่ลดลง⁷ และ

อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น⁸ จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่างๆ จากรายงานล่าสุดพบประมาณร้อยละ 17-19^{9,10} โดยมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อน้อยในระดับรุนแรงประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยทั้งหมด¹¹ นอกจากนี้การศึกษาต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนในประเทศไทยพบว่า ประมาณร้อยละ 22 ของผู้ที่ไม่ได้มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจากการตรวจครั้งแรกตรวจจะพบภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยใน 2 ปี ถัดมา¹² และมีรายงานจากการศึกษาทั่วโลกพบว่า ภายในระยะเวลา 10 ปี ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจะกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะนี้ถึงร้อยละ 17.1 และอีกร้อยละ 5.1 จะมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย นอกจากนี้ยังรายงานว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจะมีการพัฒนาไปเป็นกลุ่มที่มีภาวะนี้ภายในระยะเวลา 5 ปี ถึงร้อยละ 10.3¹³ และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจะมีภาวะพึ่งพาในการทำกิจกรรมภายหลังจากนั้นในเวลา 2 ปี¹⁴ และมีโอกาสถึงร้อยละ 70.9 ที่จะเสียชีวิตหลังจาก 10 ปี¹⁵

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมักถูกละเลยทั้งจากตัวผู้สูงอายุ ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการสลายของกล้ามเนื้อเป็นไปอย่างช้าๆ ผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหากไม่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รุนแรง ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่เน้นการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ควรมีการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวล

กล้ามเนื้อน้อย และส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะเริ่มแรกเช่นระยะก่อนมวลกล้ามเนื้อน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างอิสระ ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

พยาธิสรีระวิทยาของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดปฐมภูมิ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดปฐมภูมิจึงมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีความเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรคอื่นๆ มักจะเป็นแบบเรื้อรังและมีระดับไม่รุนแรง โดยความสูงอายุอาจส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการสร้างโปรตีนในกล้ามเนื้อและกระบวนการย่อยสลายกล้ามเนื้อ เกิดการลดขนาดและจำนวนของใยกล้ามเนื้อ การสะสมของไขมันในกล้ามเนื้อและระหว่างกล้ามเนื้อส่งผลให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อโครงร่างของร่างกาย นอกจากนี้ความสูงอายุยังมีส่วนต่อการลดลงของปริมาณอินซูลินไลค์โกรทแฟกเตอร์-1 (Insulin-like growth factor-1 หรือ IGF-1) และกลไกการส่งสัญญาณประสาทไปยังกล้ามเนื้ออีกด้วย¹⁵ จึงอาจสรุปได้ว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเกิดขึ้นจากหลายกลไกทั้งภายในเซลล์กล้ามเนื้อ และนอกเซลล์กล้ามเนื้อ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อในวัยสูงอายุ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นใยกล้ามเนื้อลายในร่างกาย 2 ชนิดคือ ชนิดที่ I เส้นใยกล้ามเนื้อแบบหดตัวช้า (slow-twitch fibers) คือ กล้ามเนื้อที่มีการยึด

และหดตัวช้า ช่วยในการเคลื่อนไหวได้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน เป็นกล้ามเนื้อชนิดที่ไม่มีการเพิ่มขนาด และชนิดที่ II เส้นใยกล้ามเนื้อแบบหดตัวเร็ว (fast-twitch fibers) เส้นใยกล้ามเนื้อชนิดนี้สามารถเพิ่มขนาดได้ ซึ่งพบว่าผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อน้อยมักพบเส้นใยกล้ามเนื้อลายชนิดที่ II ลดลงมากกว่าชนิดที่ I¹⁵ โดยอาจมีกลไกการลดลงของเส้นใยกล้ามเนื้อ ดังนี้

1.1 การอักเสบของเนื้อเยื่อไขมันในกล้ามเนื้อ (Myosteatorsis)

การแทรกซึมของไขมันในกล้ามเนื้อโครงร่าง (Myosteatorsis) เป็นการสะสมไขมันนอกตำแหน่งที่มักเกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ที่สะสมไขมันส่วนเกินเหล่านี้ในรูปของเนื้อเยื่อไขมันระหว่างกล้ามเนื้อ (Intermuscular adipose tissue) เนื้อเยื่อไขมันภายในกล้ามเนื้อ (intramuscular adipose tissue) และเนื้อเยื่อไขมันระหว่างเซลล์กล้ามเนื้อ (Intramyocellular adipose tissue) ไขมันในกล้ามเนื้อนี้จะกระตุ้นการหลั่งไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ เช่น โปรตีน C-Reactive Protein ชนิดที่มีความไวสูง (high sensitivity-C Reactive Protein หรือ hs-CRP) และเลปติน (Leptin) ก่อให้เกิดกระบวนการอักเสบในกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลทำให้การแบ่งตัวของกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง แต่กระตุ้นการสลายตัวของกล้ามเนื้อ¹⁶

1.2 การสูญเสียหน้าที่ของเซลล์แซเทลไลท์

เซลล์แซเทลไลท์ (Satellite cell) เป็นเซลล์ต้นกำเนิดของกล้ามเนื้อโครงร่างและมีบทบาทสำคัญในการสร้างเส้นใยกล้ามเนื้อใหม่

และการซ่อมแซมกล้ามเนื้อโครงร่าง โดยเซลล์แซทเทิลไลท์สามารถถูกกระตุ้นให้เพิ่มจำนวน แบ่งแยก และสร้างกล้ามเนื้อใหม่ เมื่อสูงอายุ เซลล์แซทเทิลไลท์มีการเสื่อมทำให้มีการตอบสนองในการสร้างเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งเกิดจากกระบวนการออโตฟาจี (autophagy) หรือการกินตัวเองของเซลล์ทำให้เซลล์แก่ก่อนวัย และไม่สามารถฟื้นฟูกลับมาได้ นอกจากนี้ความเสื่อมของเซลล์แซทเทิลไลท์อาจมีส่วนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในเส้นใยกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่ขาดความยืดหยุ่นและเปราะ ส่งผลต่อการเชื่อมโยงกันเป็นร่างแห และการหลั่งสารต่างๆ ของเซลล์แซทเทิลไลท์ลดลง¹⁶

1.3 การสูญเสียหน้าที่ของไมโทคอนเดรียของเซลล์กล้ามเนื้อ

ไมโทคอนเดรียในเซลล์กล้ามเนื้อมีหน้าที่ผลิตพลังงานของกล้ามเนื้อโครงร่าง ภาวะไมโทคอนเดรียล้มเหลวอาจเกิดจากการใช้กล้ามเนื้อไม่เพียงพอหรือความสามารถในการผลิตพลังงานของไมโทคอนเดรียมีการลดลงตามวัย ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อโครงร่าง การฝ่อของไมโทคอนเดรียจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นเกิดจากการสูญเสียฟอสโฟลิปิดโมโนเมอร์ที่พบเฉพาะไมโทคอนเดรีย นอกจากนี้ยังพบว่าขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับมวลไมโทคอนเดรียที่ลดลงอีกด้วย¹⁶

2. การเสียสมดุลของฮอร์โมนและการไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมน

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอาจเกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมน ได้แก่ เทสโทสเตอโรน

โกรทฮอร์โมน อินซูลิน ฮอร์โมนไทรอยด์ และวิตามินดี โดยคอร์ติโคสเตียรอยด์จะกระตุ้นผลการลดระดับโกรทฮอร์โมนในร่างกาย ส่งผลให้ไขมันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ในขณะที่มวลกล้ามเนื้อและความหนาแน่นของกระดูกลดลง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกายและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการลดระดับของโกรทฮอร์โมนและสารชนิดหนึ่งที่คล้ายกับอินซูลิน (IGF-1) ซึ่งอาจส่งผลต่อการสร้างมวลและความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ส่วนฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่ลดลงนั้นส่งผลต่อการระบบการเผาผลาญที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของมวลไขมันแทนที่มวลกล้ามเนื้อในร่างกาย^{15,16}

3. กระบวนการอักเสบจากภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative Stress)

ความเครียดออกซิเดชัน อาจมีผลต่อการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อโครงร่างอย่างก้าวหน้า เนื่องจากการตรวจพบระดับไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ที่บ่งชี้การอักเสบในผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เช่น Interleukin-1 (IL-1) Interleukin-6 (IL-6) และ Tumor necrosis factor-alpha (TNF- α) การสูญเสีย superoxide dismutase 1 (SOD1) ส่งผลให้เกิดความเครียดออกซิเดชันเรื้อรังที่มีผลต่อเส้นประสาทของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อ (myonuclear apoptosis) และทำให้เกิดความผิดปกติของไมโทคอนเดรียเป็นผลให้อาการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อแย่ลง¹⁶

4. ความเสื่อมตามวัยของระบบประสาทกล้ามเนื้อ (Neuromuscular aging)

อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการเสื่อมสลายของกล้ามเนื้อโครงร่างแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มจากความเสื่อมของเซลล์ประสาทและรอยต่อระหว่างปลายประสาทกับเซลล์กล้ามเนื้อลาย (neuromuscular junction; NMJ) ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานผิดปกติของไมโทคอนเดรียในร่างกายและเกิดความเสียหายจากกระบวนการออกซิเดชันเกินสมดุล (superoxide-induced degeneration) นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการฟื้นฟูของเซลล์ (autophagy) ยังทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของบริเวณไซแนปส์จากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการสลายกล้ามเนื้อมากขึ้น นอกจากนี้โรคทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอายุยังมี

พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยของผู้สูงอายุในชุมชน

นอกจากอายุที่มีผลกับการเสื่อมสลายของกล้ามเนื้อแล้ว พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตก็มีความเกี่ยวข้องกับการสลายของกล้ามเนื้ออย่างค่อยเป็นค่อยไปเช่นกัน บทความนี้นำเสนอพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตประจำวันที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนได้

และมีความเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพฤติกรรมที่ได้รับการศึกษายืนยันว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีดังนี้

1. การรับประทานอาหาร อาหารและเกลือแร่เป็นองค์ประกอบหลักที่ร่างกายนำไปใช้สร้างเส้นใยกล้ามเนื้อ ดังนั้นการขาดสารอาหารจึงเป็นปัจจัยโดยตรงที่ทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยการศึกษายืนยันว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำหรือภาวะทุพโภชนาการเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อต่ำประมาณ 3 เท่า¹⁷ โดยพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่สมดุลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเกือบ 2 เท่า¹⁸ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาการเคี้ยวที่สามารถส่งผลกระทบต่อได้รับอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีความเหนียว^{19,20} ในขณะที่พฤติกรรมการดื่มน้ำที่เพียงพอ และการรับประทานผลิตภัณฑ์จากนมสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้²¹

2. การมีกิจกรรมทางกายน้อย พฤติกรรมต่างๆ นานๆ คือพฤติกรรมที่มีกิจกรรมทางกายน้อย ไม่เพียงพอต่อการคงสภาพกล้ามเนื้อโครงร่าง^{17,22,23} การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้ระยะเวลาเวลานานในการนั่งต่อวันเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า ในขณะที่การนอนพักผ่อนที่มากเกินไปเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะนี้ถึง 2 เท่า¹⁷ นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ได้สูงถึง 5 เท่า¹⁸ การขาดการออกกำลังกายเป็นสาเหตุของภาวะอ้วน ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดการสลายกล้ามเนื้อได้เช่นกัน ซึ่งมีการศึกษายืนยันว่าการมีเส้นรอบ

เอเวเกินเกณฑ์มาตรฐานมีความเกี่ยวข้องกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย²⁰

3. การสูญบุหรื การสูญบุหรืส่งผลให้กล้ามเนื้อมีการนำไปสู่กระบวนการสลายโปรตีน (protein catabolism) ในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดลดลงและการทำงานเสื่อมลง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย¹⁷ การศึกษาพบว่าแม้ว่าปัจจุบันยังสูญอยู่หรือหายสูญไปแล้ว ก็ยังมีความเสี่ยงสูงถึง 2.5 เท่าของผู้ที่ไม่เคยสูญบุหรื²²

4. การตีบแอลกอฮอล์ การตีบแอลกอฮอล์ในปริมาณมากขัดขวางกระบวนการสร้างเส้นใยของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ปริมาณแอลกอฮอล์ชนิดเอทานอลที่เพิ่มขึ้นจะกระตุ้นให้เกิดการทำลายตัวเองของเซลล์ (autophagy) อัตราการสร้างกล้ามเนื้อที่ลดลง ร่วมกับการสลายกล้ามเนื้อที่มากขึ้นนี้ส่งผลให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเร็วขึ้น¹⁷

5. การพักผ่อนไม่เพียงพอ การนอนหลับเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายได้ทำการฟื้นฟูและซ่อมแซมส่วนต่างๆของร่างกาย จึงมีการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการนอนหลับที่เหมาะสมเท่านั้นที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ เนื่องจากพบว่าเมื่อใดที่มีการนอนหลับมากเกินไปจะส่งผลให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจากกระบวนการของการมีกิจกรรมทางกายน้อย และหากระยะเวลาในการนอนหลับน้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อมากขึ้นประมาณ 3 เท่าของผู้ที่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ¹⁷

ผลกระทบของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยต่อผู้สูงอายุในชุมชน

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย นอกจากจะมีมวลกล้ามเนื้อน้อยแล้ว ยังมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหรือสมรรถภาพทางกายลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะนี้สามารถส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้อย่างมากมาย ดังนี้

1. การหกล้ม (Falls) การสูญเสียมวลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะนี้ นอกจากนี้ยังพบความเสี่ยงที่สูงขึ้นของการล้มซ้ำในกลุ่มผู้ที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยประมาณ 2 เท่าของผู้ที่ไม่มีภาวะนี้ โดยการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการหกล้มเฉลี่ย 3 ครั้งต่อปี ในผู้ที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจะได้รับการบาดเจ็บจากการหกล้มรุนแรงจนมีการหักของกระดูก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้ร่วมกับภาวะกระดูกพรุน²⁴

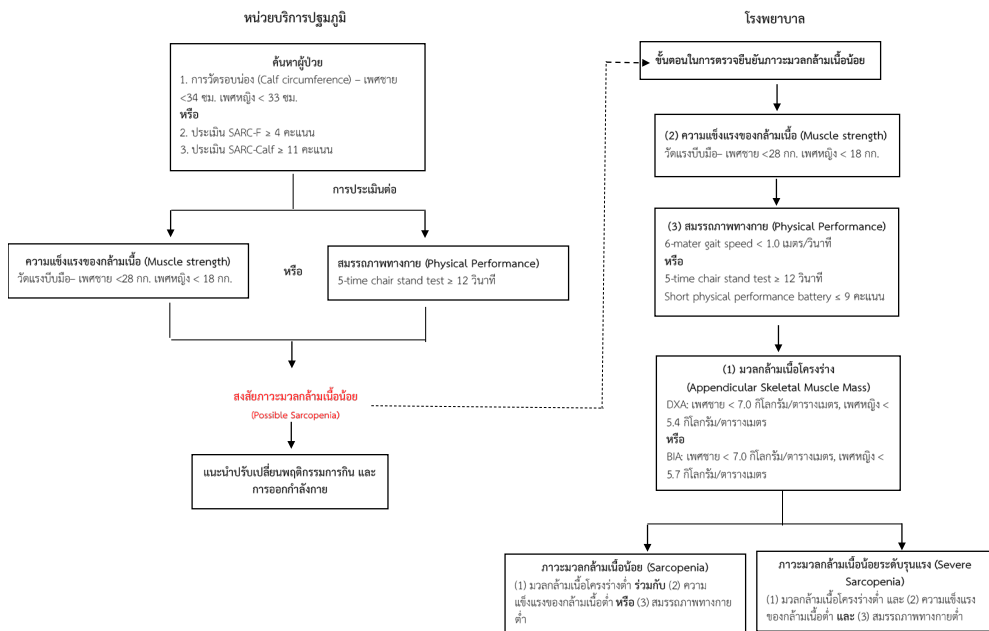
2. สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional decline) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าของผู้สูงอายุลดลง ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อน (IADL) โดยอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 3 เท่า²⁴

3. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization) ผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีอัตราเข้ารับการรักษาสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะนี้ในอัตราร้อยละ 57 โดยเมื่อมีการเจ็บป่วยจนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะนี้เฉลี่ยประมาณ 20 วัน ในอัตราเสี่ยงที่สูงกว่าประมาณ 2 เท่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกล้ามเนื้อน้อย โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 79 ปีขึ้นไป มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเกือบ 4.5 เท่า²⁴

การประเมินเพื่อคัดกรองและวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง (sarcopenia) สามารถตรวจได้หลายวิธี เช่น การวัดมวลกล้ามเนื้อ (muscle mass) การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscle strength) และ การวัดสมรรถภาพทางกาย (physical performance) เป็นต้น ปัจจุบันประเทศไทยในทวีปเอเชียรวมทั้งประเทศไทยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Asian Working Group of

Sarcopenia(AWGS) ซึ่งเกณฑ์วินิจฉัยมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ มวลกล้ามเนื้อต่ำ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ และสมรรถภาพทางกายต่ำ โดยหากพบมวลกล้ามเนื้อต่ำเพียงอย่างเดียว เรียกว่าระยะก่อนมวลกล้ามเนื้อน้อย (Pre-sarcopenia) หากมีมวลกล้ามเนื้อต่ำ ร่วมกับความสามารถของกล้ามเนื้อต่ำ หรือสมรรถภาพทางกายต่ำ เรียกว่าระยะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) และหากพบความผิดปกติทั้ง 3 องค์ประกอบ เรียกว่ามวลกล้ามเนื้อน้อยระยะรุนแรง (Severe sarcopenia)² โดยมีขั้นตอน ในการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่หน่วยบริการปฐมภูมิจนถึงโรงพยาบาล ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 การประเมินเพื่อระบุผู้ป่วยที่สงสัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/การประเมินสมรรถภาพทางกาย) ขั้นตอนที่ 3 การตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สมรรถภาพทางกาย และมวลกล้ามเนื้อโครงร่าง) โดยขั้นตอนที่ 1 และ 2 ทำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และขั้นตอนที่ 3 ทำที่โรงพยาบาล²⁵ รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อน้อยตามเกณฑ์ของ AWGS 2019

(ที่มา: ปรับปรุงจาก Cho และคณะ, 2020, p 4.)²⁶

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาผู้ป่วย (Case finding)

การค้นหาผู้ป่วยของหน่วยดูแลปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นการคัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงในช่วงระยะเวลาไม่นาน มีน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ มากกว่าร้อยละ 5 ในระยะเวลา 1 เดือน มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้คิดบกพร่อง มีประวัติหกล้ม บ่อยๆ มีภาวะขาดสารอาหาร และมีโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวาน โรคไตเสื่อมเรื้อรัง วัณโรค และกลุ่มอาการ Chronic wasting conditions² โดยมีเครื่องมือที่แนะนำให้ใช้ในขั้นตอนการค้นหาผู้ป่วย มี 3 วิธี ได้แก่ ดังนี้

1) การวัดเส้นรอบน่อง (Calf circumference) เป็นการประเมินมวลกล้ามเนื้อโดยใช้สัดส่วนของร่างกายที่มีความ

แม่นยำและสะดวกต่อการใช้งาน วิธีการวัดคือวัดตำแหน่งที่โป่งที่สุดของน่อง วัดเป็นเซนติเมตร โดยเกณฑ์ที่ใช้เป็นจุดตัดคือเส้นรอบน่อง 34 เซนติเมตรในเพศชาย และ 33 เซนติเมตรในเพศหญิง²⁷

2) แบบสอบถามคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิด SARC-F เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากใช้งานง่าย และผู้สูงอายุสามารถทำการประเมินได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength) การต้องการความช่วยเหลือในการเดิน (Assistance with walking) การลุกขึ้นจากเก้าอี้ (Rising from chair) การขึ้นบันได (Climbing stairs) และการหกล้ม (Falls) โดยมีคำถามดังนี้¹⁹

1) ท่านคิดว่าการยกและถือของที่มีน้ำหนัก 20 กิโลกรัมยากหรือไม่ (ไม่ยาก = 0, ยากเล็กน้อย = 1, ยาก = 2)

2) ท่านรู้สึว่าการเดินภายในห้องยากหรือไม่ (ไม่ยาก = 0, ยากเล็กน้อย = 1, ยาก = 2)

3) ท่านเคลื่อนย้ายตนเองจากเก้าอี้ไปที่เตียงนอนยากหรือไม่ (ไม่ยาก = 0, ยากเล็กน้อย = 1, ยาก = 2)

4) ท่านรู้สึว่าการเดินขึ้นบันไดจำนวน 10 ขั้นยากหรือไม่ (ไม่ยาก = 0, ยากเล็กน้อย = 1, ยาก = 2)

5) ท่านเคยมีประวัติหกล้มมากี่ครั้ง (ไม่เคย = 0, 1-3 ครั้ง = 1, >4 ครั้ง = 2)

โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน หากคะแนน SARC-F มากกว่า หรือ เท่ากับ 4 สามารถแปลผลได้ว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย^{27,28}

3) การประเมิน SARC-Calf เป็นเครื่องมือที่ปรับปรุงจากแบบสอบถาม SARC-F ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ความแข็งแรง การช่วยเดิน การลุกขึ้น จากเก้าอี้ การปีนบันได การหกล้ม และเพิ่มส่วนที่ 6 คือ การวัดเส้นรอบวงน่อง คะแนนรวมของแบบประเมินนี้จะอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การให้คะแนน 5 ส่วนแรกเหมือนกับแบบสอบถามคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิด SARC-F การให้คะแนนส่วนที่ 6 การวัดเส้นรอบน่อง มีเกณฑ์ให้คะแนนคือปกติ = 0 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ = 10 คะแนน โดยคะแนน SARC-Calf ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไปแปลผลได้ว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย²⁹

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินเพื่อระบุผู้ป่วยที่สงสัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ในขั้นตอนนี้สามารถเลือกประเมินการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หรือการประเมินสมรรถภาพทางกายก็ได้ แต่หากประเมินแล้วไม่พบความผิดปกติความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหรือสมรรถภาพกาย ควรทำการประเมินให้ครบทั้ง 2 อย่างเพื่อยืนยันว่าไม่สงสัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย รายละเอียดการประเมินมีดังนี้

1) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) การวัดแรงบีบมือ (Handgrip Strength) โดยใช้ Handgrip Dynamometer เพื่อวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือและแขนส่วนปลาย การทดสอบที่วัดได้เป็นกิโลกรัม โดยวิธีการทดสอบผู้ถูกทดสอบจะต้องยืนแยกเท้าจากกันประมาณ 1 ช่วงไหล่ จัดระดับเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ถูกทดสอบ โดยใช้มือข้างถนัดปล่อยแขนตามสบายข้างลำตัว มือกำหามันแนบลำตัวแล้วออกแรงกำมือให้แรงที่สุดค้างไว้ประมาณ 10-15 วินาที ทำการทดสอบ 2 ครั้ง โดยให้ผู้ถูกทดสอบพักประมาณ 20-30 วินาทีแล้วจึงให้บีบครั้งที่สอง เลือกค่าที่ได้มากที่สุดและนำผลที่ได้มาแปลผล หากค่าที่วัดได้น้อยกว่า 28 กิโลกรัม ในผู้ชาย และ น้อยกว่า 18 กิโลกรัมในเพศหญิง ถือว่ามีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำกว่าปกติ²⁷

2) สมรรถภาพทางกาย (Physical Performance) ที่หน่วยการปฐมภูมิสามารถทำได้โดยการทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง (5-time chair stand test) วิธีการนี้จะต้องเตรียมอุปกรณ์ได้แก่ เก้าอี้ขนาดมาตรฐานไม่มีที่พักแขน หลัง

ตรง มีความสูงของเบาะรองนั่ง 43 ซม. และนาฬิกาจับเวลา เริ่มการทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบนั่งเก้าอี้ และวางเท้าอยู่หลังต่อข้อเข่าประมาณ 10 ซม. วางแขนข้างลำตัว จากนั้นให้ผู้ประเมินอธิบายขั้นตอนแก่ผู้ถูกทดสอบว่าจะให้ทำการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้จำนวน 5 ครั้งให้เร็วที่สุดแต่ปลอดภัย ผู้ประเมินจะเริ่มจับเวลาเมื่อกล่าวคำว่า “เริ่ม” และหยุดเวลาเมื่อผู้ถูกทดสอบกลับลงนั่งหลังชิดพนักพิงในครั้งที่ห้า³⁰ ผลการประเมินที่ ≥ 12 วินาที ถือว่ามีสมรรถภาพกายต่ำกว่าปกติ²⁷

เมื่อได้ทำการค้นหาผู้ป่วยและประเมินแล้วสงสัยว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Possible sarcopenia) AWGS ยังแนะนำให้พิจารณาส่งต่อผู้สูงอายุรายนั้นไปยังโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในขั้นตอนที่ 3 ต่อไป²⁷

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจเพื่อวินิจัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

เมื่อได้ทำการค้นหาผู้ป่วยและประเมินแล้วสงสัยว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Possible sarcopenia) แนะนำให้พิจารณาส่งต่อผู้สูงอายุรายนั้นไปยังโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยต่อไป²⁷ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะก่อนมวลกล้ามเนื้อน้อย (Pre-sarcopenia) คือการมีมวลกล้ามเนื้อต่ำเพียงอย่างเดียว ระยะที่ 2 ระยะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) คือการมีมวลกล้ามเนื้อต่ำร่วมกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำ หรือสมรรถภาพทางกายต่ำ และระยะที่ 3 ระยะมวล

กล้ามเนื้อน้อยรุนแรง (Severe sarcopenia) ดังนั้นการตรวจวินิจัยจึงต้องใช้การตรวจพิเศษที่โรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้การวินิจัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและจุดตัด (Cut point) ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในคนไทยดังแสดงในตารางที่ 1^{27,31}

1) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยการวัดแรงบีบมือ โดยปรับจุดตัดในเพศชายคือ 28 กิโลกรัม และในเพศหญิงคือ 18 กิโลกรัม

2) สมรรถภาพทางกาย (Physical Performance) การวัดสมรรถภาพทางกายสามารถเลือกประเมินได้หลายวิธี ได้แก่ การทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง อัตราเร็วในการเดินระยะทาง 6 เมตร หรือประเมินโดยแบบประเมินสมรรถภาพทางกายฉบับย่อ

2.1 การทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง (5-time chair stand test) วิธีการทดสอบและการแปลผลการทดสอบ เหมือนที่แนะนำสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.2 การทดสอบการเดินระยะทาง 6 เมตร (6-m Usual gait speed) การทดสอบการเดินเป็นการทดสอบสมรรถภาพทางกายที่มีความน่าเชื่อถือ แต่ทำได้ง่าย อาศัยเพียงพื้นที่ทางเรียบและตรงยาว เพื่อให้ผู้ถูกทดสอบเดินทางตรงโดยไม่มีการเลี้ยวใดๆ เนื่องจากการเลี้ยวจะต้องชะลอความเร็วเมื่อเข้าใกล้โค้ง จากนั้นจึงเร่งความเร็วอีกครั้งหลังจากเลี้ยวจึงส่งผลต่อความเร็วโดยรวม และนาฬิกาจับเวลาการทดสอบทำได้โดยการแจ้งให้ผู้ถูกทดสอบเดินด้วยความเร็วที่เลือกเองในระยะทางที่กำหนด³²

โดยระยะที่แนะนำคือ 6 เมตร ผู้ทดสอบทำการจับเวลาในการเดินแล้วนำมาคำนวณความเร็วเป็นเมตรต่อวินาที (m/s) การแปลผลการทดสอบความเร็วในการเดินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เมตร/วินาที ถือว่าสมรรถภาพทางกายต่ำ²⁷

2.3 แบบประเมินสมรรถภาพทางกายฉบับย่อ (Short physical performance battery; SPPB) การประเมินความสามารถทางกายฉบับย่อเป็นการทดสอบสำหรับผู้สูงอายุในการประเมินการทรงตัว การเดิน ความแข็งแรงและความอดทน โดยมีขั้นตอนของการประเมิน 3 ขั้นตอน ได้แก่³³

1) การทดสอบการเดินระยะทาง 3 หรือ 4 เมตร มีเกณฑ์การให้คะแนนจากเวลาที่ใช้เดิน ดังนี้

- เวลา >60 วินาที = 0 คะแนน
- เวลา >8.70 วินาที = 1 คะแนน
- เวลา 6.21-8.70 วินาที = 2 คะแนน
- เวลา 4.82-6.20 วินาที = 3 คะแนน
- เวลา <4.82 วินาที = 4 คะแนน

2) ทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง (5-time chair stand test) วิธีการทดสอบเหมือนกับกล่าวไปข้างต้น และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

- เวลา >60 วินาที = 0 คะแนน
- เวลา ≥16.70 วินาที = 1 คะแนน
- เวลา 13.70-16.69 วินาที = 2 คะแนน
- เวลา 11.20-13.69 วินาที = 3 คะแนน
- เวลา <11.19 วินาที = 4 คะแนน

3) การทรงตัว(Balance) 3 ท่า ได้แก่ ยืนเท้าชิด ยืนต่อเท้าแบบเฉียง และยืนต่อเท้า ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ถูกทดสอบต้องสามารถยืนได้โดย

ไม่ต้องมีคนช่วย หรือเครื่องช่วย ใช้ไม้เท้าหรือไม่ ค้ำยัน ผู้ทดสอบสามารถช่วยผู้ถูกทดสอบให้ลุกขึ้นได้ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน จากการยืนแต่ละท่า ดังนี้

- ยืนเท้าชิดได้นาน 10 วินาที = 1 คะแนน
- ยืนได้นาน < 10 วินาทีหรือทำไม่ได้ = 0 คะแนน
- ยืนต่อเท้าแบบเฉียงได้นาน 10 วินาที = 1 คะแนน
- ยืนได้นาน < 10 วินาทีหรือทำไม่ได้ = 0 คะแนน
- ยืนต่อเท้าได้นาน 10 วินาที = 2 คะแนน
- ยืนได้นาน 3-9.99 วินาที = 1 คะแนน
- ยืนได้นาน < 3 วินาทีหรือทำไม่ได้ = 0 คะแนน

หากคะแนนรวมที่ได้จากการประเมินความสามารถทางกายฉบับย่อน้อยกว่าหรือเท่ากับ ≤ 9 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติ²⁷

2.4 Time Up and Go test (TUG) เป็นการทดสอบการทรงตัวเมื่อลุกจากเก้าอี้ จากนั้นเดินเป็นระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวกลับแล้วเดินกลับมานั่งที่เก้าอี้เหมือนเดิม โดยเริ่มจับเวลาเมื่อผู้ถูกทดสอบเริ่มลุกจากเก้าอี้ อย่างไรก็ตามพบว่าผลการทดสอบ TUG ที่ผิดปกติอาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่างที่อาจไม่เกี่ยวข้องกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย³¹

3) การวัดมวลกล้ามเนื้อโครงร่าง

การวัดมวลกล้ามเนื้อเนื้อ มี 2 วิธี ได้แก่ Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) และ Bioimpedance analysis (BIA) โดยจุดตัดมวลกล้ามเนื้อ คือ < 7.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในเพศชาย และ < 5.7 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในเพศหญิง²⁷

การประเมิน	เกณฑ์ AWGS ปี 2019
การค้นหาลำไส้ (Case finding)	
Calf circumference	เพศชาย < 34 เซนติเมตร เพศหญิง < 33 เซนติเมตร
SARC-F	≥ 4 คะแนน หมายถึงมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย
SARC-CalF	≥ 11 คะแนน หมายถึงมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย
มวลกล้ามเนื้อโครงร่าง (Appendicular Skeletal Muscle Mass)	
Dual Energy X-ray absorptiometry (DXA)	เพศชาย < 7.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร เพศหญิง < 5.4 กิโลกรัม/ตารางเมตร
Bioelectrical Impedance Analysis (BIA)	เพศชาย < 7.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร เพศหญิง < 5.7 กิโลกรัม/ตารางเมตร
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength)	
การประเมินแรงบีบมือ (Handgrip strength)	เพศชาย < 28.0 กิโลกรัม เพศหญิง < 18.0 กิโลกรัม
สมรรถภาพทางกาย (Physical Performance)	
1. อัตราเร็วในการเดินระยะทาง 6 เมตร (6-m Usual gait speed)	≤ 1.0 เมตร/วินาที
2. ประเมินสมรรถภาพทางกายโดยการทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง (5-time chair stand test)	≥ 12 วินาที
3. แบบประเมินสมรรถภาพทางกายฉบับย่อ (Short physical performance battery; SPPB)	≤ 9 คะแนน
4. Time Up and Go test (TUG)	ไม่แนะนำให้ใช้

บทบาทพยาบาลชุมชนในการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีเพื่อปรับพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่สงสัยว่า อาจมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

นอกจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยแล้ว วิถีชีวิตหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสามารถส่งเสริมให้เกิดภาวะนี้ได้เร็วขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนไม่เพียงพอ การขาดกิจกรรมทางกาย

การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งการให้คำแนะนำหรือความรู้เพียงอย่างเดียวบางครั้งไม่สามารถทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ดังนั้นพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยการดูแลปฐมภูมิควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุมากขึ้น พยาบาล

ชุมชนสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่มักจะถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล โดยกล่าวว่าบุคคลจะเริ่มมีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาก็ต่อเมื่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีความรุนแรงจนสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือชีวิตได้ และเชื่อว่าหากทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตนจะช่วยลดความรุนแรงหรืออันตรายต่อสุขภาพลงได้ ขั้นตอนในการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีดังต่อไปนี้³⁴

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย พฤติกรรมเสี่ยง และผลกระทบ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงมากน้อยเพียงใด จากนั้นทำการคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มเสี่ยงและไม่เสี่ยงโดยการวัดเส้นรอบรอก การใช้แบบประเมิน SARC-F หรือ SARC-Calf การวัดแรงบีบมือ และการทดสอบการลุกนั่งจากเก้าอี้ 5 ครั้ง เป็นการบ่งชี้ให้เห็นถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เนื่องจากภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นภาวะที่มวลกล้ามเนื้อค่อยๆ สลายตัวต่อเนื่องทีละน้อย อาจทำให้ผู้สูงอายุเชื่อ

ว่าภาวะนี้ไม่มีความรุนแรงและไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากนัก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรชี้ให้เห็นผลกระทบที่สำคัญของภาวะนี้ ได้แก่ การหกล้ม ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงซึ่งมีผลต่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระในชุมชนของผู้สูงอายุ และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Perceived Benefits) ในขั้นตอนนี้พยาบาลชุมชนควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่สามารถช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้แก่

3.1 การรับประทานอาหาร พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ได้พลังงาน รวมถึงวิตามินและแร่ธาตุอย่างเพียงพอ เพราะถ้าผู้สูงอายุได้พลังงานรวมถึงวิตามินและแร่ธาตุไม่เพียงพอจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีมวลกล้ามเนื้อลดลงได้ ดังนั้นควรมีการแนะนำให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหาร ดังนี้

1) โปรตีน ในการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับโปรตีน 21-40 กรัมต่อวัน³⁵ การได้รับโปรตีนเพียงพอจะช่วยรักษาสสมดุลไนโตรเจน ป้องกันการเกิด Negative nitrogen balance ที่ส่งผลให้เกิดสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ โดยทั่วไปพบว่าลิ่วซินที่เป็นกรดอะมิโนจำเป็น ช่วยเพิ่มการสร้างโปรตีน และลดการทำลายโปรตีน² อาหารที่มีลิ่วซินสูงได้แก่ โปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง และจากเนื้อวัว เนื้อปลา หากผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานโปรตีนได้เองอย่างเพียงพอ อาจดูแลให้ได้รับ

กรดอะมิโนที่เป็นอาหารเสริมได้ประมาณ 6-10 กรัมต่อวัน³⁵

2) วิตามินดี พบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำงานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยแนะนำให้ผู้สูงอายุได้รับวิตามินดีเสริมในปริมาณ 801-1600 IU/วัน ร่วมกับการได้แคลเซียม 501-600 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างไรก็ตามจะต้องระวังภาวะแทรกซ้อนจากวิตามินดีและแคลเซียม เช่น นิ่วในไตและภาวะแคลเซียมในเลือดสูง³⁵

3) รูปแบบอาหารเพื่อป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีหลายรูปแบบ (Dietary patterns) เช่น จัดอาหารตามหลักการ 'เห็ด-ผลไม้-นม' (A 'mushrooms-fruits-milk' dietary pattern) โดยมีหลักการคือจัดอาหารที่มีโปรตีนสูงและไขมันต่ำ โดยการศึกษารายงานว่าการลดพลังงานจากไขมันอาจช่วยป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ นอกจากนี้การจัดอาหารชนิดเมดิเตอร์เรเนียน อาหารที่มีส่วนประกอบของผักและผลไม้ (a higher 'vegetables-fruits' dietary pattern) และอาหารที่มีส่วนประกอบของนม (a higher 'snacks-drinks-milk product' dietary pattern) พบว่าสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามการจัดอาหารตามหลักการเหล่านี้ อาจมีความยุ่งยาก เนื่องจากชนิดและประเภทของอาหารมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ดังนั้นคำแนะนำทั่วไปสำหรับมื้ออาหารที่สมดุลควรมีสัดส่วน ดังนี้ โปรตีน ¼ ส่วน ธัญพืชไม่ขัดสี ¼ ส่วน และผลไม้และผัก ½ ส่วน³⁶

3.2การออกกำลังกาย พยาบาลชุมชนควรแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการออกกำลังกาย แบ่งได้ดังนี้

1) การออกกำลังกายแบบแรงต้าน (Resistance Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มแรงบีบมือ และ เวลาในการเดิน³⁷ ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย 2-3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 46-60 นาทีต่อวัน หรือประมาณ 91-120 นาทีต่อสัปดาห์³⁵

2) การออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic Exercise) ช่วยเพิ่มความทนทาน โดยเพิ่มขนาดของใยกล้ามเนื้อ เพิ่มปริมาตรไมโทคอนเดรีย และเพิ่มการทำงานของเอนไซม์ ผลคือทำให้มีการสร้างโปรตีนกล้ามเนื้อมากขึ้น และพบว่าช่วยลดไขมันในกล้ามเนื้อด้วย ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายชนิดแอโรบิกเป็นเวลาประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง เป็นเวลา 2-5 วันต่อสัปดาห์ และควรออกกำลังกายชนิดนี้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน³⁸

3.3การรับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย มีรายงานการศึกษาสนับสนุนว่าการออกกำลังกายชนิดเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ร่วมกับการได้รับอาหารที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ สามารถช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากกว่าการที่ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือการส่งเสริมโภชนาการเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของวิธีนี้ต่อสมรรถภาพทางกายอาจน้อยกว่าการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว แต่ก็ยังถือว่าสามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพกายของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ³⁹ นอกจากนี้ยังพบว่ามี

ประโยชน์ในการเพิ่มความสามารถในการเดิน ความยืดหยุ่นของร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอีกด้วย³⁶

3.4 การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โดยการหยุดดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลา 6-12 เดือน จะทำให้กล้ามเนื้อกลับมาปกติได้³⁷

ขั้นตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) พยาบาลชุมชนควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุประเมินความเป็นไปได้และอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมตามที่กล่าวไปข้างต้น จากนั้นวางแผนร่วมกันกับผู้สูงอายุในการจัดการกับอุปสรรคของปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ตัวอย่างเช่น

4.1 อุปสรรคในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม หากผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคี้ยว อาจแนะนำให้ปรับลักษณะอาหาร เช่น โปรตีนจากพืชที่มีลักษณะอ่อนนุ่มกว่า หรือการหั่นเนื้อสัตว์ให้มีชิ้นเล็กลง การต้มหรือตุ๋นเนื้อสัตว์ให้เปื่อยเพื่อให้เคี้ยวได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังอาจแนะนำให้ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์เพื่อการทำฟันเทียม

หากผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเข้าถึงอาหาร เช่น ไม่สามารถไปเลือกซื้ออาหารด้วยตนเอง พยาบาลชุมชนอาจแนะนำการใช้แอปพลิเคชันในการซื้อของออนไลน์ให้ผู้สูงอายุ รวมถึงการสอนในการใช้แอปพลิเคชันนั้นๆ หรือการให้ผู้ดูแลช่วยในการจัดหาอาหาร แต่หากผู้สูงอายุมีปัญหาเศรษฐกิจไม่สามารถ พยาบาลควรแนะนำแหล่งโปรตีนคุณภาพดีแต่ราคาถูก เช่น ปลา เต้าหู้ เป็นต้น นอกจากนี้ควรติดต่อประสานงานหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม

4.2 อุปสรรคในการออกกำลังกาย หากผู้สูงอายุมีปัญหาความเมื่อยล้าหรืออาการปวดจากการออกกำลังกาย พยาบาลควรแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบก้าวหน้าชนิดแรงต้าน (Progressive Resistance Training; PRT) โดยให้เริ่มยกน้ำหนักทีละน้อย แล้วเพิ่มน้ำหนักขึ้นทีละ 40% ของน้ำหนักที่ยกได้ทุก 2 สัปดาห์ การออกกำลังกายทำเป็นเซตๆละ 5 ครั้ง ประมาณ 10 เซตต่อวัน³⁸ และให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบต้านทานที่มีความเข้มข้นสูง (High-intensity resistance training; HIRT) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายอย่างหนัก ผู้สูงอายุอาจเกิดอาการบาดเจ็บ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีนักกายภาพบำบัดคอยให้คำแนะนำขณะออกกำลังกาย และควรมีการติดตามอัตราการเต้นของหัวใจตลอดเวลาที่ออกกำลังกาย⁴⁰

หากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการไม่มีอุปกรณ์ในการออกกำลังกายแบบแรงต้าน ได้แก่ ยางยืด ดัมเบล และลูกบอลโยคะ เป็นต้น พยาบาลสามารถแนะนำการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้าน (Body Weight) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลกแทนการใช้อุปกรณ์ เช่น นั้งเก้าอี้ยกขาให้สูงกว่าพื้นเกร็งค้างไว้ 5 วินาที ทำ 15-20 ครั้งต่อเซตเก้าอี้หรือสามารถช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อได้⁴¹

ขั้นตอนที่ 5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุลงมือปฏิบัติ พยาบาลควรมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุก่อน เช่น ผลการประเมิน

พบว่าผู้สูงอายุไม่มั่นใจในการทำท่าออกกำลังกาย เนื่องจากกลัวหกล้ม พยาบาลควรออกแบบ กิจกรรมการออกกำลังกายควรเริ่มจากท่าง่ายๆ และทำได้อย่างปลอดภัยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความ มั่นใจในการปฏิบัติ โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือ และให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลควรมีการนัดติดตามผล เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดขนาดกล้ามเนื้อ วัดแรงบีบมือ หรือ สมรรถภาพทางกายภายใน 2-4 สัปดาห์ เพื่อเป็น การสะท้อนผลของการปรับพฤติกรรมของ ผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุเล็งเห็นว่าสิ่งที่ตนเองทำ ได้ผลดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจมากขึ้น ซึ่งพยาบาลควรมีการเสริมสร้างกำลังใจและ ชมเชยผู้สูงอายุให้ทำต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ขั้นตอนที่ 6 สิ่งชักนำในการปฏิบัติ (Cues to action) พยาบาลควรมีส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ โดยควรยึดที่พฤติกรรมที่ ผู้สูงอายุต้องการปรับเป็นอันดับแรกซึ่งถือเป็น พฤติกรรมที่มีแรงขับภายในสูงที่สุด นอกจากนี้ พยาบาลควรเสริมแรงขับภายนอกเพื่อเป็นสิ่งชัก นำในการปรับพฤติกรรม โดยการจัดทำโครงการ ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกกำลังกายแบบแรงต้าน 3 วัน/สัปดาห์ และอาจจะมีการให้รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่สามารถ บรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้

บทสรุป

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดปฐมภูมิ เป็นภาวะที่มีความรุนแรงของการสูญเสียมวล กล้ามเนื้อก้าวหน้าตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เป็น ปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มและ ราบบดเจ็บ ก่อให้เกิดสูญเสียความสามารถในการ ทำหน้าที่และภาวะพึ่งพาในที่สุด ดังนั้นพยาบาล

ชุมชนผู้มีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีชีวิต ยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีถึงแม้มีโรคเรื้อรัง ควรมี การคัดกรองผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะนี้เพื่อทำ การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยและ ได้รับการรักษาต่อไป นอกจากนี้พยาบาลชุมชน ยังสามารถคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยน ได้ และประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพในการช่วยผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อ น้อยในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่สงสัยว่ามี ภาวะนี้ ซึ่งจะเป็นการชะลอการเสื่อมของ กล้ามเนื้อจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ในชุมชนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่าง อิสระด้วยตนเองสามารถพึ่งพิงตนเองได้ ไม่เกิด ภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุของ พยาบาลในชุมชนและพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. Lancet 2019;393(10191):2636-46.
2. Institute of Geriatric Medicine, DMS, MOPH, Thailand. Geriatric syndromes. Is August; 2015. (In Thai)
3. Dos Santos L, Cyrino ES, Antunes M, Santos DA, Sardinha LB. Sarcopenia and physical independence in older adults: the independent and synergic role of muscle mass and muscle function. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2017;8(2):245-50.

4. Bhasin S, Travison TG, Manini TM, Patel S, Pencina KM, Fielding RA, et al. Sarcopenia definition: the position statements of the sarcopenia definition and outcomes consortium. *J Am Geriatr Soc* 2020;68(7):1410-8.
5. Yeung SS, Reijnierse EM, Pham VK, Trappenburg MC, Lim WK, Meskers CG, et al. Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2019;10(3):485-500.
6. Zhang X, Huang P, Dou Q, Wang C, Zhang W, Yang Y, et al. Falls among older adults with sarcopenia dwelling in nursing home or community: a meta-analysis. *Clin Nutr* 2020;39(1):33-9.
7. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, Avila-Funes JA. Sarcopenia is associated with physical and mental components of health-related quality of life in older adults. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18(7):636-e1.
8. Kitamura A, Seino S, Abe T, Nofuji Y, Yokoyama Y, Amano H, et al. Sarcopenia: prevalence, associated factors, and the risk of mortality and disability in Japanese older adults. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2021;12(1):30-8.
9. Lawongsa K, Tepakorn J. Sarcopenia prevalence and risk factors among older adults in Bangkok, Thailand: a cross-sectional study. *Cureus* 2024;16(6):e63483.
10. Whaikid, Phatcharaphon, and Noppawan Piaseu. The prevalence and factors associated with sarcopenia in Thai older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs* 2024;11(1): 31-45.
11. Vanitcharoenkul E, Unnanuntana A, Chotiyarnwong P, Laohaprasitiporn P, Adulkasem N, Asavamongkolkul A, et al. Sarcopenia in Thai community-dwelling older adults: a national, cross-sectional, epidemiological study of prevalence and risk factors. *BMC Public Health* 2024;24(1):311.
12. Yuenyongchaiwat K, Akekawatchai C. Prevalence and incidence of sarcopenia and low physical activity among community-dwelling older Thai people: a preliminary prospective cohort study 2-year follow-up. *PeerJ* 2022;10:e13320.
13. Trevisan C, Vetrano DL, Calvani R, Picca A, Welmer AK. Twelve-year sarcopenia trajectories in older adults: results from a population-based study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2022;13(1):254-63.

14. Tanimoto Y, Watanabe M, Sun W, Tanimoto K, Shishikura K, Sugiura Y, et al. Association of sarcopenia with functional decline in community-dwelling elderly subjects in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 2013;13(4):958-63.
15. Nishikawa H, Fukunishi S, Asai A, Yokohama K, Nishiguchi S, Higuchi K. Pathophysiology and mechanisms of primary sarcopenia. *Int J Mol Med* 2021;48(2):1-8.
16. Prajapati P, Kumar A, Chaudary R, Mangrulkar S, Arya M, Kushwaha S. A comprehensive review of essential aspects of molecular pathophysiological mechanisms with emerging interventions for sarcopenia in older people. *Curr Mol Pharmacol* 2024;17(1):e080323214478
17. Gao Q, Hu K, Yan C, Zhao B, Mei F, Chen F, Zhao L, Shang Y, Ma Y, Ma B. Associated factors of sarcopenia in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Nutr* 2021;13(12):4291.
18. Tzeng PL, Lin CY, Lai TF, Huang WC, Pien E, Hsueh MC, Lin KP, Park JH, Liao Y. Daily lifestyle behaviors and risks of sarcopenia among older adults. *Arch Pub Health* 2020;78:1-8.
19. Bhat G, Ireland A, Shah N, Gondhalekar K, Mandlik R, Kajale N, Katapally T, Bhawra J, Damle R, Khadilkar A. Prevalence and factors associated with sarcopenia among urban and rural Indian adults in middle age: A cross-sectional study from Western India. *PLOS Glob Public Health* 2024;4(10):e0003553.
20. Sanguankittiphon P, Thinkhamrop K, Kelly PL. Prevalence and related factors of possible sarcopenia among Thai community-dwelling older adults. *J Public Hlth Dev* 2023;21(1):174-87.
21. Kuo YW, Chen CW, Zhang JY, Lee JD. Association of eating behavior, nutritional risk, and frailty with sarcopenia in Taiwanese rural community-dwelling elders: A cross-sectional study. *Nutr* 2022;14(16):3254.
22. Confortin SC, Ono LM, Barbosa AR, d'Orsi E. Sarcopenia and its association with changes in socioeconomic, behavioral, and health factors: the EpiFloripa Elderly Study. *Cad Saúde Pública* 2018;34:e00164917.
23. Mo Y, Zhou Y, Chan H, Evans C, Maddocks M. The association between sedentary behaviour and sarcopenia in older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2023;23(1):877.

24. Beaudart C, Zaaria M, Pasleau F, Reginster JY, Bruyère O. Health outcomes of sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12(1):e0169548.
25. Trevisan C, Vetrano DL, Calvani R, Picca A, Welmer AK. Twelve-year sarcopenia trajectories in older adults: results from a population-based study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2022;13(1):254-63.
26. Cho MR, Lee S, Song SK. A review of sarcopenia pathophysiology, diagnosis, treatment and future direction. *J Korean Med Sci* 2022;37(18):e146
27. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian working group for sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *J Am Med Dir Assoc* 2020;21(3):300-7.
28. Akrapornkrailert P, Muangpaisan W, Boonpeng A, Daengdee D. Validation of the Thai version of SARC-F, MSRA-7, and MSRA-5 questionnaires compared to AWGS 2019 and sarcopenia risks in older patients at a medical outpatient clinic. *Osteoporos Sarcopenia* 2020;6(4):205-11.
29. Barbosa-Silva TG, Menezes AM, Bielemann RM, Malmstrom TK, Gonzalez MC. Enhancing SARC-F: Improving sarcopenia screening in the clinical practice. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(12):1136-41.
30. Srisim K, Amatachaya, S. Validity of the Five Times Sit-to-Stand Test as compared with the Timed “Up & Go” Test in independent ambulatory patients with spinal cord injury. *J Med Tech Phy Ther* 2014;26(2):150-7. (In Thai)
31. Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, et al. Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15(2):95-101.
32. Roush J, Heick JD, Hawk T, Eureka D, Wallis A, Kiflu D. Agreement in walking speed measured using four different outcome measures: 6-meter walk test, 10-meter walk test, 2-minute walk test, and 6-minute walk test. *Internet J of Allied Health Sci Practi* 2021;19(2):7.
33. Treacy D, Hassett L. The short physical performance battery. *J Physiother* 2018;64(1):61.
34. Alyafei A, Easton-Carr R. The health belief model of behavior change. *InStatPearls [Internet]* 2024 May 19. StatPearls Publishing.

35. Shi Y, Tang Y, Stanmore E, McGarrigle L, Todd C. Non-pharmacological interventions for community-dwelling older adults with possible sarcopenia or sarcopenia: a scoping review. *Arch Gerontol Geriatr* 2023;112:105022

36. Chen LK, Arai H, Assantachai P, Akishita M, Chew ST, Dumlao LC, et al. Roles of nutrition in muscle health of community-dwelling older adults: evidence-based expert consensus from Asian Working Group for Sarcopenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2022;13(3):1653-72.

37. Zeng D, Ling XY, Fang ZL, Lu YF. Optimal exercise to improve physical ability and performance in older adults with sarcopenia: A systematic review and network meta-analysis. *Geriatr Nurs* 2023;52: 199-207.

38. Flor-Rufino C, Barrachina-Igual J, Pérez-Ros P, Pablos-Monzó A, Martínez-Arnau FM. Resistance training of peripheral muscles benefits respiratory parameters in older women with sarcopenia: randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr* 2023;104:104799.

39. Wu PY, Huang KS, Chen KM, Chou CP, Tu YK. Exercise, nutrition, and combined exercise and nutrition in older adults with sarcopenia: a systematic review and network meta-analysis. *Maturitas* 2021;145:38-48.

40. Kemmler W, Weineck M, Kohl M, von Stengel S, Giessing J, Fröhlich M, Schoene D. High intensity resistance exercise training to improve body composition and strength in older men with osteosarcopenia. Results of the randomized controlled franconian osteopenia and sarcopenia trial (FrOST). *Front Sports Act Living* 2020;2:4.

41. Watanabe Y, Tanimoto M, Oba N, Sanada K, Miyachi M, Ishii N. Effect of resistance training using bodyweight in the elderly: Comparison of resistance exercise movement between slow and normal speed movement. *Geriatr Gerontol Int* 2015;15(12):1270-7.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่าน จากนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข วารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดัชนีพจนานุกรมสำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

ขอบเขตของสาขาวิชา (Scope)

พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. รายงานการวิจัยพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณีศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า

5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการ พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์** ในวารสารฉบับอื่น บทวิจัยหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

คำแนะนำในการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความ

ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 - 15 หน้า (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง)

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ส่งต้นฉบับเข้าระบบของทางวารสารที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> หรือ E-mail: journal.thaiphn@gmail.com หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนตาม แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**
2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้

ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Keyword) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
- 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
- 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วน สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด

ตอนที่ 3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมี ในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับ

วัดพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean $\pm$ Standard Deviation)	48.5 $\pm$ 10.5		49.5 $\pm$ 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

- 4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ
- 4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้
- 4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่าจะไม่ได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น ภาษาอังกฤษ ใน ระบบ Vancouver style ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ

กองบรรณาธิการแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในการพิจารณาบทความตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้รับผิดชอบหลัก และต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะ

จากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจสอบก่อนส่งโรงพิมพ์หรือเผยแพร่ออนไลน์

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

Journal artical

ผู้แต่ง 1 คน

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2011; 28: 44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res 2014; 28(1): 23-30. (in Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

Book

ผู้แต่ง 1 คน

Pichayapinyo. Nursing theory and application: individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. p.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO; 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014. p.154-68. (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13; 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

1. การตีพิมพ์เผยแพร่บทความ

- | | |
|---|-----------|
| 1.1 สำหรับสมาชิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข | 4,000 บาท |
| 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป | 5,000 บาท |

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิการวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิการวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

- ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2567)
- ค่าใช้จ่ายจะเรียกเก็บหลังจากวารสารได้แจ้งผลการตีพิมพ์แล้ว และทางวารสารไม่มียกยบายตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

2. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์มีค่าธรรมเนียม 2,000 บาท

ชำระค่าธรรมเนียม

ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมแล้วกรุณาส่งหลักฐานมาที่ :

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

โทรศัพท์ 095-7013182

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	☐ รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	☐ ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม
และได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุขสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถีเขตราชเทวีกรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ.....มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐ บทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น

☐ ที่อยู่ดังนี้.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล

สาธารณสุข

ลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/หนังสือ/เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่

.....

.....

E-mail address:

โทรศัพท์โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว