



วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

Journal of Hospital and Community Health Research

ISSN: 2985-0630 (Online)



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566

Vol. 1 No. 1 (2023): January-April 2023

THAIJO





วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน Journal of Hospital and Community Health Research

Office: โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130
Tel: 042-483186 ต่อ 123
Fax: 042-483187
Mobile: 093-303406
E-mail: pthjohos@gmail.com
Website: <https://he03.tci-thaiio.org/index.php/pthio/index>

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสาขาวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจากรายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้นให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบาย วิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิจัย เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม

นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิทยาการวิจารณ์ความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯรับตีพิมพ์เฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ (Honorary Advisor)

นายแพทย์จรัส จันทมัตตุการ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมพ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยูภาพร สมิน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบริแมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.สีขาว เชื้อปรุง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษ์ ขุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายบัน ยีรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรัชย์ กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.พชรวรรณ คูสกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนะบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
พญ.ภรณ์ พรวัฒนา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชการชำนาญการ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์ทิพย์ ฤทธิ์ฐิติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังชะฤกษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ภูแก้ว จ.อุดรธานี

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้ตัวย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อ เพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่น ปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณา ตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อ เรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านล่างหน้าแรก

2. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุวัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือยคำ เป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

3. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

4. เนื้อหา (Text)

4.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างเอกสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์ทั่วไป(ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้างทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือเนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหา สั้นกะทัดรัด

4) วิจารณ์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากผลการวิจัยขั้นต้น ร่วมกับการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของเนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อรวมแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ(หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขออร์เดอร์ เป็นตัวยกในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหา โดยเรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้างอิง และไม่ควรใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

4.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์,บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากจนเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งสำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ตามไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

4.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์(Chief complaint , CC) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล

- 3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค
- 4) ประวัติโรคเดิมผู้ป่วย(Past medical history, PMH)ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร
- 5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)
- 6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา
- 7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ(Systematic review and Physical examination)
- 8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)
- 9) การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) อาจทำเป็นproblem list
- 10) การวินิจฉัยโรคข้างต้น และการวินิจฉัยแยกโรค(Provisional diagnosis and differential diagnosis)
- 11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)
- 12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความฟื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคน จะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือข้อเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม

Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

บทบรรณาธิการ

(Editorial)

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 1 เป็นฉบับแรกที่มีบทความวิชาการที่โรงพยาบาลโพธิ์ตาก ได้จัดทำขึ้น มีการตีพิมพ์วารสารในรูปแบบออนไลน์เท่านั้นตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับวารสารมีจำนวนผู้ประเมินบทความ จำนวนบทความละ 2 ท่าน ซึ่งเป็นความตั้งใจของวารสารที่จะพัฒนาบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารให้ได้คุณภาพ โดยฉบับปฐมฤกษ์นี้มีบทความที่น่าสนใจ

ในโอกาสนี้ทางวารสารขออนุญาตเชิญชวนนักวิจัยและบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความปริทัศน์ ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับทางวารสารฯ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถส่งบทความตีพิมพ์ผ่านทางระบบของ ThaiJo ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/index>

ผมในนามของกองบรรณาธิการ ต้องขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจในการส่งบทความมาพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารของเรา รวมถึงขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการพิจารณาบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ด้วยดี หากวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน มีข้อผิดพลาดประการใด ต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ และสามารถส่งข้อเสนอแนะมาได้ตลอดเวลา

ดร.กรภัทร อัจฉวานิชชากุล

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน

Contents

บทความวิจัย /Research article

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดหนองคาย 1-14

Factors Associated with Causes of Death in Tuberculosis Patient Nong Khai Province.

ทพณ เตียวศิริชัยสกุล , ธวัชชัย เหลืองศิริ

Thapon Tiawsirichaisakul ,Tawatchai Luangsiri
- ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 15-25

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

Effects of Stroke Prevention Program among Hypertension patients Ban Donkhaew sub district health promotion hospital Thoen District, Lampang Province.

พิศิษฐ์ ปาละเขียว, จันทรจิรา ยานะชัย , ศิริรัตน์ ผ่านภพ

Pisit palakheaw, Janjeera,Yanachai, Sirirat Phanphop
- ผลการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ในผู้ป่วยโรค 26-40

ออฟฟิตซินโดรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

Effects of royal massage combined with 4 postures of muscle stretching for Office Syndrome patients of Na Thap Hai Health Promoting Hospital Rattanawapi District Nong Khai Province.

วิราวรรณ ชันสุ

Wirawan Khansu
- การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ 41-54

ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลปะโค อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

The enhancing quality of life for public health volunteers (VHV) Support for primary care services under the situation of the outbreak of Coronavirus Disease 2019 PaKho Health Promoting Hospital Mueang District NongKhai Province.

อิสริย์ จันทรมนต์รี

Isaree Chantaramontree
- การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 55-70

ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลวานอนนิวาส

Development of System for Infection Prevention and Control for COVID-19 in Hemodialysis Unit Wanon Niwat Hospital.

จันทร์เพ็ญ ปะวะโพทะโก, จีรนัน พิมพการ, ชนิดาภา จอมทรักษ์,

Junpen Pawapotako, Cheeranan Phimpakarn, Chanidapha Jomtharak

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดหนองคาย
The study of factors associated with causes of death in tuberculosis patient
Nong Khai Province

ทภณ เตียวศิริชัยสกุล ส.บ.

Thapon Tiawsirichaisakul, (B.P.P)

ธวัชชัย เหลืองศิริ ส.บ.

Tawatchai Luangsiri, (B.P.H)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

Nong Khai Provincial Public Health Office

(Received: 04 January 23 Revised: 11 February 23 Accepted: 3 March 23)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโปรแกรมฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Programmer: NTIP) ในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 1,640 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสืบค้นข้อมูลโปรแกรมฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ ของสำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ Univariate และ Odds Ratios ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 (Confidence interval: CI) ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 80.30 ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 13.05 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค คือ ผู้ป่วยที่มีช่วงอายุ 45 – 64 ปี (OR = 4.73; 95% CI = 2.91 – 7.70) มากที่สุด รองลงมาเป็นช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป (OR = 2.74; 95% CI = 31.92 – 3.91) มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 กิโลกรัม (OR = 1.86; 95% CI = 1.36 – 2.55) และมีผลการติดเชื้อเอชไอวี (OR = 2.69; 95% CI = 1.89 – 3.98) ประกอบกับการไม่ได้รับยาต้านไวรัส (RR = 1.83; 95% CI = 0.14 – 2.94) จะเห็นว่าปัจจัยเกี่ยวข้องที่ได้กล่าวมาทั้งหมด จะมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : วัณโรค, สาเหตุการเสียชีวิต, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ติดต่อผู้พิมพ์ : ทภณ เตียวศิริชัยสกุล อีเมล : ptc_nk@yahoo.com

Abstract

Tuberculosis (TB) remains a crucial problem of public health. At global level, it is one of leading causes of deaths in the world. TB case count and incidence rate have increased every year mainly in Nong Khai province, Thailand. This study was retrospective cohort study which conducted by using secondary data of new pulmonary TB patients who registered in the National Tuberculosis Information Program (NTIP) between 1 October 2019 and 30 September 2021 to study the characteristics and treatment outcomes of TB patients in Nong Khai province and factors associated with death.

Result: The total of 1,640 TB patients enrolled in this study, the treatment success rate was 80.30% and 13.05% died. Results from factors associated with death in Nong Khai province were aged 45-64 years (OR = 4.73; 95% CI = 2.91 – 7.70), 65 years or above (OR = 2.74; 95% CI = 31.92 – 3.91), body weight less than 45 kg (OR = 1.86; 95% CI = 1.36 – 2.55), HIV-infected tuberculosis (OR = 2.69; 95% CI = 1.89 – 3.98), and none receiving Antiretroviral Therapy (ART) (RR = 1.83; 95% CI = 0.14 – 2.94)

Keywords : Tuberculosis, Causes of Death, factors

Corresponding author : Thapon Tiawsirichaisakul **E-mail :** ptc_nk@yahoo.com

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากวัณโรคเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่มากกว่าโรคติดเชื้อของโรคอื่นๆ⁽¹⁾ ประกอบกับพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น จนทำให้มีอัตราการป่วยและอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่าในปี ค.ศ. 2020 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.5 ล้านคน จากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 9.9 ล้านคน และประเทศไทยก็จัดเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงในระดับโลก (High Burden Country, HBC) ทั้ง 3 กลุ่มด้วย โดยมีภาระวัณโรคสูง (TB) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) จนมีการคาดการณ์ไว้ว่า จะมีผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตถึง 12,000 คน จากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 105,000 คน⁽²⁾ และจากแผนยุทธศาสตร์การยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ขององค์การอนามัยโลกเอง ก็ได้ให้ความสำคัญกับการลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดและตั้งค่าเป้าหมายเอาไว้ และจัดให้เป็นหนึ่งในสามของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ในปี พ.ศ.2578 ได้แก่ 1) การลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงให้ได้ ร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2558 2) การลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ลงร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2558 และ 3) ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบทางด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลสุขภาพวัณโรค ในส่วนของประเทศไทยเอง ก็ได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลกด้วย และกำหนดเป็นมาตรการ ในการลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของแผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรคเป็นต้นมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560 -2564⁽³⁾

จากผลการดำเนินงานด้านวัณโรคของประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560 – 2564 พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 8.2, 7.9, 8.2, 8.6 และ 9.4 ตามลำดับ และในส่วนพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ก็พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 8.8, 8.4, 8.0, 7.8 และ 7.8 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์วัณโรคของจังหวัดหนองคายเอง พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 11.1, 13.9, 13.7, 10.9 และ 12.7 ตามลำดับ ด้วยการที่มีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มสูงขึ้นทุกปี แต่อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเป้าหมาย ประกอบกับมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากวัณโรคมามากขึ้น จนทำให้ค่าเฉลี่ยสูงมากกว่าของประเทศไทย⁽⁴⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการวางแผนในการดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่และเครือข่ายที่รับผิดชอบในระดับพื้นที่ เพื่อการยุติวัณโรคของจังหวัดหนองคาย อันจะส่งผลอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค และช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในอนาคตลงได้ นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการยุติวัณโรคของประเทศไทยได้ต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบลักษณะและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดหนองคาย ที่จะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study design) 3 ปี (2562-2564) โดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโปรแกรมฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Programmer: NTIP) ของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 1,744 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้มาจากการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 1,640 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยวัณโรค ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดขึ้นไป และมีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์กำหนด ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีข้อมูลการรักษาไม่ครบถ้วน โดยทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ smear grading at register, HIV, ยาต้านไวรัส โรคร่วมอื่น ๆ เป็นตัวแปรต้นและ ตัวแปรตาม (survived) เป็นผู้ป่วยที่มีผลการรักษาและผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา (death)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้สถิติ chi-square และวิเคราะห์ความเสี่ยง (odds ratio: OR) การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามหนังสืออนุมัติเลขที่รับรอง NKPH.....-..... ลงวันที่ 16 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 1,193 ราย (ร้อยละ 72.74) เพศหญิง 447 ราย (ร้อยละ 27.26) มีช่วงอายุระหว่าง 45 – 64 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.59) รองลงมา มีช่วงอายุระหว่าง 25 – 44 ปี (ร้อยละ 26.89) มีอายุ 64 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 26.16) และมีอายุน้อยกว่า 24 ปี (ร้อยละ 5.36) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยวัณโรคเท่ากับ 52.72 ปี มีอายุน้อยที่สุด 3 ปี และอายุมากที่สุด 93 ปี โดยมีผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ มากที่สุด (ร้อยละ 55.06) ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ (ร้อยละ 44.94) และมีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 10 – 107 กิโลกรัม น้ำหนักมากกว่า 45 กิโลกรัม มากที่สุด (ร้อยละ 69.63) น้ำหนักน้อยกว่า 45 กิโลกรัม (ร้อยละ 30.37) โดยค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวเท่ากับ 52.24 กิโลกรัม

ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเสมหะ Negative ขณะขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 903 ราย (ร้อยละ 55.06) และผลตรวจเสมหะ Positive ขณะขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 737 ราย (ร้อยละ 44.94) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัว จำนวน 270 ราย (ร้อยละ 16.64) เมื่อจำแนกโรคประจำตัวเป็นรายโรค พบว่า โรคเบาหวาน (ร้อยละ 12.68) โรคไต (ร้อยละ 2.14) โรคตับ (ร้อยละ 0.61) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 2.07) มีผลการตรวจเอชไอวี ผลเป็น Negative จำนวน 1,256 ราย (ร้อยละ 76.58) มีผล Positive จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 8.54) และไม่ทราบผลการตรวจเอชไอวี จำนวน 244 ราย (ร้อยละ 14.88) รับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 105 ราย (ร้อยละ 75) ไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 25) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2564 (n=1,640)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ปี พ.ศ. 2562	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	391	436	366	72.74
หญิง	150	148	149	27.26
ช่วงอายุ (ปี)				
< 24 ปี	32	26	30	5.36
25 – 44 ปี	156	157	128	26.89
45 – 64 ปี	207	253	222	41.59
65 ปีขึ้นไป	146	148	135	26.16
พิสัย 3 – 93 ปี	$(\bar{X} = 52.72, S.D. = 10.62)$			
น้ำหนัก				
> 45	375	412	355	69.63
< 45	166	172	160	30.37
ผลเสมหะขณะขึ้นทะเบียนรักษา				
Negative	307	316	280	55.06
Positive	233	268	235	44.94

ต่อตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2564 (n=1,640)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ปี พ.ศ. 2562	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ไม่มี	456	483	431	83.54
มี	85	101	84	16.64
โรคเบาหวาน				
ไม่มี	483	499	450	87.32
มี	58	85	65	12.68
โรคไต				
ไม่มี	528	573	504	97.86
มี	13	11	11	2.14
โรคตับ				
ไม่มี	534	582	514	99.39
มี	7	2	1	0.61
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
ไม่มี	532	574	500	97.93
มี	9	10	15	2.07
การติดเชื้อเอชไอวี				
Negative	384	476	396	76.58
positive	50	44	46	8.54
ไม่ทราบ	106	64	73	14.88
การได้รับยาต้านไวรัส				
ได้รับ	32	36	37	75.00
ไม่ได้รับ	18	8	9	25.00

2. ผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดหนองคาย พบว่ามี อัตราการรักษาสำเร็จ (รักษาหายและรักษาครบ) (ร้อยละ 80.30) อัตรารักษาล้มเหลว (ร้อยละ 0.67) อัตราตาย (ร้อยละ 13.05) อัตราขาดยา (ร้อยละ 5.12) และอัตราโอนออก (ร้อยละ 0.86) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2564

	ปี พ.ศ. 2562		ปี พ.ศ. 2563		ปี พ.ศ. 2564		รวม	
ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รักษาสำเร็จ (รักษาหายและรักษาครบ)	426	78.74	467	79.96	424	82.33	1,317	80.30

ต่อตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2564

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	ปี พ.ศ. 2562		ปี พ.ศ. 2563		ปี พ.ศ. 2564		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รักษาล้มเหลว	5	0.92	2	0.36	4	0.78	11	0.67
ตาย	77	14.23	82	14.04	55	10.68	214	13.05
ขาดยา	32	5.91	26	4.45	27	5.24	85	5.12
โอนออก	1	0.2	7	1.19	5	0.97	13	0.86
รวม	541	100	584	100	515	100	1,640	100

3. การเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศชาย จำนวน 1,193 ราย เสียชีวิต จำนวน 159 ราย (ร้อยละ 13.33) ไม่เสียชีวิต จำนวน 1,034 ราย (ร้อยละ 86.67) และผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศหญิง จำนวน 447 ราย เสียชีวิต จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 12.30) ไม่เสียชีวิต จำนวน 392 ราย (ร้อยละ 87.69) ตามลำดับ

ช่วงอายุของผู้ป่วยวัณโรค อายุต่ำกว่า 24 ปี จำนวน 88 ราย เสียชีวิต จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.45) ไม่เสียชีวิต 84 ราย (ร้อยละ 95.5) อายุระหว่าง 25-44 ปี จำนวน 441 ราย เสียชีวิต จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 9.07) ไม่เสียชีวิต 401 ราย (ร้อยละ 90.93) อายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 682 ราย เสียชีวิต จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 10.41) ไม่เสียชีวิต จำนวน 611 ราย (ร้อยละ 89.59) และอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 429 ราย เสียชีวิต จำนวน 99 ราย (ร้อยละ 23.07) ไม่เสียชีวิต จำนวน 330 ราย (ร้อยละ 76.93) ตามลำดับ

น้ำหนักของผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักมากกว่า 45 กิโลกรัม จำนวน 1,142 ราย เสียชีวิต จำนวน 114 ราย (ร้อยละ 6.95) ไม่เสียชีวิต 1,028 ราย (ร้อยละ 93.05) และน้ำหนักน้อยกว่า 45 กิโลกรัม จำนวน 498 ราย เสียชีวิต จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 20.08) ไม่เสียชีวิต จำนวน 398 ราย (ร้อยละ 79.92) ตามลำดับ

ผลเสมหะขณะขึ้นทะเบียนรักษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเสมหะเป็นลบ (Negative) จำนวน 903 ราย เสียชีวิต จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 12.29) ไม่เสียชีวิต จำนวน 792 ราย (ร้อยละ 87.71) และผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเสมหะเป็นบวก (Positive) จำนวน 737 ราย เสียชีวิต จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 14.03) ไม่เสียชีวิต จำนวน 634 ราย (ร้อยละ 85.97) ตามลำดับ

โรคประจำตัวของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 1,370 ราย เสียชีวิต จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 12.85) ไม่เสียชีวิต จำนวน 1,194 ราย (ร้อยละ 87.15) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัว จำนวน 270 ราย เสียชีวิต 38 ราย (ร้อยละ 14.07) ไม่เสียชีวิต จำนวน 232 ราย (ร้อยละ 85.93) โดยไม่มีโรคเบาหวาน จำนวน 1,432 ราย เสียชีวิต จำนวน 191 ราย (ร้อยละ 13.34) ไม่เสียชีวิต จำนวน 1,241 ราย (ร้อยละ 86.66) มีโรคเบาหวาน จำนวน 208 ราย เสียชีวิต จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 11.06) ไม่เสียชีวิต 185 ราย (ร้อยละ 88.94) ไม่มีโรคไต จำนวน 1,605 ราย เสียชีวิต จำนวน 209 ราย (ร้อยละ 13.01) มีโรคไต จำนวน 35 ราย เสียชีวิต จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 14.29) ไม่เสียชีวิต จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 85.71) ไม่มีโรคตับ จำนวน 1,630 ราย เสียชีวิต จำนวน 212 ราย (ร้อยละ 13.01) ไม่เสียชีวิต 1,418 ราย

(ร้อยละ 86.99) มีโรคตับ จำนวน 10 ราย เสียชีวิต 2 ราย (ร้อยละ 20) ไม่เสียชีวิต จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 80) มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1,606 ราย เสียชีวิต จำนวน 206 ราย (ร้อยละ 12.83) ไม่เสียชีวิต 1,400 ราย (ร้อยละ 87.17) มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 34 ราย เสียชีวิต จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 23.53) และไม่เสียชีวิต จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 76.47) ตามลำดับ

การติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบ (Negative) จำนวน 1,256 ราย เสียชีวิต จำนวน 116 ราย (ร้อยละ 9.24) ไม่เสียชีวิต จำนวน 1,140 ราย (ร้อยละ 90.76) ผลเป็นบวก (Positive) จำนวน 140 ราย เสียชีวิต จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 28.57) ไม่เสียชีวิต จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 71.43) ไม่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 224 ราย เสียชีวิต จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 23.77) และไม่เสียชีวิต จำนวน 186 ราย (ร้อยละ 76.23) ตามลำดับ

การได้รับยาต้านไวรัส ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 1,535 ราย เสียชีวิตจำนวน 179 ราย (ร้อยละ 11.67) ไม่เสียชีวิต จำนวน 1,356 ราย (ร้อยละ 88.33) ไม่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 105 ราย เสียชีวิต จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 33.33) และไม่เสียชีวิต จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 66.67) ตามลำดับ และเมื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค คือ อายุ น้ำหนัก การติดเชื้อเอชไอวี และการได้รับยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ($n=1,640$)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	เสียชีวิต (ร้อยละ)	ไม่เสียชีวิต (ร้อยละ)	p-value
เพศ				
ชาย	1193 (72.74)	159 (13.33)	1034 (86.67)	.622
หญิง	447 (27.25)	55 (12.30)	392 (87.69)	
ช่วงอายุ (ปี)				
< 24 ปี	88 (5.37)	4 (4.45)	84 (95.55)	.001*
25 – 44 ปี	441 (26.89)	40 (9.07)	401 (90.93)	
45 – 64 ปี	682 (41.58)	71 (10.41)	611 (89.59)	
65 ปีขึ้นไป	429 (26.16)	99 (23.07)	330 (76.93)	
น้ำหนัก				
> 45	1142 (69.63)	114 (6.95)	1028 (93.05)	.001*
< 45	498 (30.37)	103 (14.03)	634 (85.97)	
ผลเสมหะขณะขึ้น				
ทะเบียนรักษา				
Negative	903 (55.06)	111 (12.29)	792 (87.71)	.338
Positive	737 (44.94)	103 (13.97)	634 (86.02)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	1370 (83.53)	176 (12.85)	1194 (87.15)	.621
มี	270 (16.47)	38 (14.07)	232 (85.93)	

ต่อตารางที่ 3 การเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต ($n=1,640$)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	เสียชีวิต (ร้อยละ)	ไม่เสียชีวิต (ร้อยละ)	p-value
โรคเบาหวาน				
ไม่มี	1432 (87.32)	191 (13.34)	1241 (86.66)	.440
มี	208 (12.68)	23 (11.06)	185 (88.94)	
โรคไต				
ไม่มี	1605 (97.86)	209 (13.01)	1396 (86.99)	.779
มี	35 (2.14)	5 (14.29)	30 (85.71)	
โรคตับ				
ไม่มี	1630 (99.39)	212 (13.01)	1418 (86.99)	.628
มี	10 (0.60)	2 (20)	8 (80)	
> 45	1142 (69.63)	114 (6.95)	1028 (93.05)	.001*
< 45	498 (30.37)	103 (14.03)	634 (85.97)	
ผลเสมหะขณะขึ้น				
ทะเบียนรักษา				
Negative	903 (55.06)	111 (12.29)	792 (87.71)	.338
Positive	737 (44.94)	103 (13.97)	634 (86.02)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	1370 (83.53)	176 (12.85)	1194 (87.15)	.621
มี	270 (16.47)	38 (14.07)	232 (85.93)	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
ไม่มี	1606 (97.93)	206 (12.83)	1400 (87.17)	.073
มี	34 (2.07)	8 (23.53)	26 (76.47)	
การติดเชื้อเอชไอวี				
negative	1256 (76.56)	116 (9.24)	1140 (90.76)	.001*
positive	140 (8.54)	40 (28.57)	100 (71.43)	
ไม่ทราบ	244 (14.9)	58 (23.77)	186 (76.23)	

* $P < .05$

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

เมื่อนำข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์หาสัดส่วนความเสี่ยง (odds ratio: OR) ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค คือ ช่วงอายุ 45 – 64 ปี (OR = 4.73; 95% CI = 2.91 – 7.70) ช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป (OR = 2.74; 95% CI = 1.92 – 3.91) น้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 กิโลกรัม (OR = 1.86; 95% CI = 1.36 – 2.55) ผลตรวจเอชไอวี ผู้ป่วยที่มีผลการติดเชื้อเอชไอวี (OR = 2.69; 95% CI = 1.89 – 3.98) และการไม่ได้รับยาต้านไวรัส (RR = 1.83; 95% CI = 0.14 – 2.94) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค (n=1,640)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	เสียชีวิต (ร้อยละ)	ไม่เสียชีวิต (ร้อยละ)	OR	95% CI	p-value
ช่วงอายุ (ปี)						
< 24 ปี	88 (5.37)	4 (4.45)	84 (95.55)	1		
25 – 44 ปี	441 (26.89)	40 (9.07)	401 (90.93)	0.98	0.15 – 5.33	0.001
45 – 64 ปี	682 (41.58)	71 (10.41)	611 (89.59)	4.73	2.91 – 7.70	0.001
65 ปีขึ้นไป	429 (26.16)	99 (23.07)	330 (76.93)	2.74	1.92 – 3.91	0.001
น้ำหนักตัว						
> 45	1142 (69.63)	114 (6.95)	1028 (93.05)	1		
< 45	498 (30.37)	100 (20.08)	398 (79.92)	2.27	1.69 – 3.03	0.001
ผลตรวจเอชไอวี						
negative	1256 (76.56)	116 (9.24)	1140 (90.76)	1		
positive	140 (8.54)	40 (28.57)	100 (71.43)	2.69	1.89 – 3.98	0.001
ไม่ทราบ	244 (14.9)	58 (23.77)	186 (76.23)	0.76	0.26 – 2.16	0.612
การได้รับยาด้านไวรัส						
ได้รับ	1535 (93.59)	179 (11.67)	1356 (88.33)	1		
ไม่ได้รับ	105 (6.41)	35 (33.33)	70 (66.67)	1.83	0.14 – 2.94	0.001

วิจารณ์ผล

1. ลักษณะและผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดหนองคาย

จากการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปี พ.ศ. 2562–2564 จำนวน 1,640 ราย พบว่า อัตราการรักษาสำเร็จของการรักษาที่ ร้อยละ 80.30 ซึ่งยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ ตามตัวชี้วัดของประเทศตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564⁽³⁾ มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 13.05 เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ส่วนอัตรารักษาล้มเหลวและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรคนั้นมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ยังพบอีกว่า มีผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 5.12 ที่ขาดยาและถ้าหากมีระบบการติดตามการรักษาและกำกับกำกับการกินยา

อย่างต่อเนื่อง ก็อาจจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดยาลดลง และจะช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในจังหวัดหนองคายได้

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

จะเห็นว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต พบมากที่สุดจะอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 45 – 64 ปี ร้อยละ 10.41 ซึ่งเสียชีวิตเป็น 4.73 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคที่อายุน้อยกว่า 24 ปี ($OR = 4.73$; $95\% CI = 2.91 - 7.70$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล วรรณเจริญ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 21.7 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.07 เสียชีวิตเป็น 2.74 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคที่อายุน้อยกว่า 24 ปี ($OR = 2.74$; $95\% CI = 31.92 - 3.91$) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนมากอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 45.2 และการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี เสียชีวิตเป็น 9.42 เท่า ของผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ($OR 9.42$; $95\% CI. 0.99, 89.10$; $p\text{-value}=0.051$) อาจเพราะผู้ป่วยที่มีอายุมากอาจมีภาวะเสื่อมโทรมทางด้านร่างกายตามช่วงวัย อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาจมีโรคร่วมทำให้ต้องมีการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป หรือการมีอาการหรือภาวะของโรคอื่นบดบังอาการของวัณโรค และอาจมาจากการเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า หรือได้รับการรักษาเมื่อมีอาการหนัก⁽¹¹⁻¹²⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจริญศรี แซ่ตั้ง เสถียร เชื้อลี และกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และคณะ⁽¹³⁻¹⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่น

ผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตัวน้อยแสดงถึงการมีภาวะทุพโภชนาการ จากหลายการศึกษาพบว่า ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยส่งเสริมที่เพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้การรักษาวัณโรคไม่สำเร็จ และทำให้เสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 กิโลกรัม เสียชีวิตจำนวน 100 ราย ร้อยละ 20.08 เสียชีวิตเป็น 2.27 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 45 กิโลกรัม เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 กิโลกรัม และมีภาวะทุพโภชนาการมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักมากกว่า 45 กิโลกรัม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติพร มากเมือง และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อย ไม่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต⁽¹⁹⁾

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾ มีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิตสูงถึง 5.40 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี การศึกษารังนี้พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 140 คน ร้อยละ 8.54 ซึ่งเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 28.57 คิดเป็น 2.69 เท่าของผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ($OR = 2.69$; $95\% CI = 1.89 - 3.98$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิวรรณ มุ่งเขตกลาง ปวีณา จังภูเขียว และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วม เสียชีวิต ร้อยละ 26.2 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี มี 4.42 เท่า การศึกษารังนี้พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 244 คน ร้อยละ 14.88 ที่ไม่ทราบสถานการณติดเชื้อเอชไอวี อาจมีโอกาทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรค

(Gustavo E.)⁽²⁰⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติพร มากเมือง และคณะ พบว่า การติดเชื้อเอชไอวี ไม่เป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค⁽¹⁹⁾

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี และไม่ได้รับยาต้านไวรัสเสียชีวิต จำนวน 35 ราย ร้อยละ 33.33 มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส 1.83 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kayigamba et al. ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้รับยาต้านไวรัส รวมตัวเป็นปัจจัยทำนายการเสียชีวิต⁽²¹⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tweya et al.⁽²²⁾ พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีและการได้รับยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส มีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส⁽⁵⁾ ดังนั้นการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีระหว่างการรักษาวัณโรค จะเป็นการลดความเสี่ยงของการเสียชีวิต และจะส่งผลดีต่อความสำเร็จต่อการรักษาวัณโรค⁽²³⁾

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานันตร์ ฐานวิเศษ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคทั้งเพศชายและเพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ที่เป็นเพศชายมักจะเสียชีวิตมากกว่า เพศหญิง อาจเนื่องมาจาก เพศชายจะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่มากกว่า จึงมีโอกาสทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคเพิ่มขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ โดยการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงของการป่วยเป็นวัณโรค 3-6 เท่า⁽⁶⁾

ผลสัมฤทธิ์ขั้นทะเบียนรักษา จากการศึกษาค้นคว้านี้ ผลสัมฤทธิ์พบเชื้อมีผลสัมฤทธิ์ไม่พบเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิโรตม์ จันทรักษา ที่พบว่า ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อพบว่ามีโอกาสเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มเสมหะไม่พบเชื้อ 2.1 เท่า⁽²⁴⁾ ในการตรวจหาเชื้อวัณโรคที่ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลในประเทศไทย ยังคงใช้วิธีการเช็ดด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งปริมาณเชื้อต้องมากกว่า 5,000 ตัวต่อเสมหะปริมาณ 1 มิลลิกรัม นั้นหมายถึงจะต้องมีโพรงแผลในปอด ถึงมีโอกาสตรวจพบเชื้อได้สูง ซึ่งโดยผู้ป่วยที่มีรอยโรคเล็กน้อยจะตรวจไม่พบ ดังนั้นผลสัมฤทธิ์พบ เชื้อมีโอกาสเกิดความเสี่ยงของโรคและเสียชีวิตมากกว่า กลุ่มตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ จึงจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ดีในการได้ตัวอย่างเหมาะสม และการตรวจเสมหะต้องได้มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในการวินิจฉัย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในจังหวัดหนองคาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต อาจเพราะการศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิทำให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา⁽²³⁾ พบว่าโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค และอาจทำให้ทรุดลง เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้โอกาสของวัณโรครุนแรงขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างการรักษา

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ในการควบคุมวัณโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากวัณโรค เป็นโรคที่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดีถ้าหากเริ่มรักษาในระยะแรก ซึ่งการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีช่วงอายุ 45 – 64 ปี และอายุ 65 ขึ้นไป ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 กิโลกรัม มีการ

ติดเชื้อเอชไอวี และยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส จะเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดหนองคาย

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดมาตรการ รวมถึงรูปแบบการคัดกรอง เพื่อการค้นหาผู้ป่วย และวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคให้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการ รวมทั้งอาการแสดงไม่มาก การเร่งรัดการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเสี่ยง และใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยด้วยการตรวจทางอณู

ชีววิทยา Molecular testing ที่จะช่วยลดระยะเวลาในการวินิจฉัยโรค ร่วมกับการตรวจทดสอบความไวต่อยาในการวินิจฉัยวัณโรคดียาให้ครอบคลุมและให้การรักษาวัณโรคได้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการติดตามการรักษา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มการตรวจเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค และให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จนสามารถลดความชุกและอุบัติการณ์วัณโรคได้ นำไปสู่เป้าหมายของการควบคุมวัณโรคของประเทศไทยได้สำเร็จ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective study โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค จึงเป็นการวิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่ในระบบซึ่งอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่นที่ไม่ได้รับในระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และในการศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการเพิ่มตัวแปรในการศึกษา เช่น ค่าดัชนีมวลกาย เพื่อให้สามารถได้ข้อมูลที่แท้จริงในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ และอาจมีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่กรุณาลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม (NTIP) ได้ครอบคลุม จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้ศึกษา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผน และการกำหนดมาตรการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดหนองคายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report: Geneva [Internet]. 2020 [cited 2021 June 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
2. World Health Organization. Tuberculosis profile: Thailand [Internet]. 2021 [cited 2021 June 25]. Available from: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22TH%22
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.

4. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ตัวชี้วัดที่ 25.1 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1592>
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์; 2560.
6. กองวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
7. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
8. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 (เพิ่มเติม 2565). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
9. นพดล วรรณเจริญ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
10. วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว และกรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2559; 23(1): 22-34.
11. Moolphate S, Aung MN, Nampaisan O, et al. Time of highest tuberculosis death risk and associated factors: an observation of 12 years in Northern Thailand. *Int J Gen Med* 2011; 4:181-90. doi: 10.2147/IJGM.S16486 PMID: 21475634.
12. ฐานันดร ฐานวิเศษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*. 2563; 40(1): 97-107.
13. เจริญศรี แซ่ตั้ง. วัณโรคในผู้ต้องขังเรือนจำในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย. *วารสารกรมควบคุมโรค*. 2562; 45(2): 149-160.
14. เสถียร เชื้อลี. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในเขตสุขภาพที่ 10. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี*. 2561; 16(1): 16-24.
15. กิตติพัทธ์ เอี่ยมมรด, ยงยุทธ์ เม้ากำเนิด, พงศ์พจน์ เปี้ยน้ำล้อม, นันทพร ท่ามาตา, ภิเชก ศิวังษ์, นภดล วันตะ. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่. *พุทธชินราชเวชสาร*. 2556; 30(3): 276-85.
16. Padmapriyadarsini C, Shobana M, Lakshmi M, Beena T, Swaminathan S. Undernutrition & tuberculosis in India: Situation analysis & the way forward. *Indian J Med Res*. 2016; 144: 11-20.

17. Dargie B, Tesfaye G, Worku A. Prevalence and associated factors of undernutrition among adult tuberculosis patients in some selected public health facilities of Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Nutrition*. 2016; 2-7.
18. Biruk M, Yimam B, Abrha H, Biruk S, Amdie FZ. Treatment outcomes of tuberculosis and associated factors in an Ethiopian University Hospital. *Advances in Public Health* 2016; 2016:1- 9. doi: 10.1155/2016/8504629
19. จิตติพร มากเมือง, เบญจวรรณ ตาแก้ว, รุ่งอุษา นาคคงคำ, ฤทัยรัตน์ แสงนา, วีรพันธ์ การบรรจง, กนกกรส โค้วจริยะพันธุ์ และคณะ. ปัจจัยเกี่ยวเนื่องกับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ในโรงพยาบาลพะเยา. *เสียงรายเวชสาร*. 2559; 8(1): 53-59.
20. Gustavo E. Velásquez, J. Peter Cegielski, Megan B. Murray, Martin J. A. Yagui, Luis L. Asencios, Jaime N. Bayona, et al. Impact of HIV on mortality among patients treated for tuberculosis in Lima, Peru: a prospective cohort study. *BMC Infectious Disease*. 2016; 16:45.
21. Kayigamba F, Bakker M, Mugisha V, De Naeyer L, Gasana M, Cobelens, et al. Adherence to tuberculosis treatment, sputum smear conversion and mortality: a retrospective cohort study in 48 Rwandan clinics. *PloS one*. 2013; 8.9: e73501.
22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073501>.
23. Tweya H, Feldacker C, Phiri S, Ben-Smith A, Fenner L, Jahn A, et al. Comparison of treatment outcomes of new smear-positive pulmonary tuberculosis patients by HIV and antiretroviral status in a TB/HIV clinic, Malawi. *PloS one*. 2013; 8(2); e56248.
24. Murray CJ, Ortblad KF, Guinovart C, Lim SS, Wolock TM, Roberts DA, et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, Tuberculosis, and Malaria during 1990 - 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2014; 384.9947: 1005-70.
25. ศิโรตม์ จันทร์รักษา. ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอด เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2564; 18(2): 88-96.

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง
Effects of Stroke Prevention Program among Hypertension patients
Ban Donkhaew sub district health promotion hospital
Thoen District, Lampang Province.

พิศิษฐ์ ปาละเชียว ส.บ.

Pisit palakheaw, (B.P.H.)

จันทร์จิรา ยานะชัย ส.ม.

Sirirat Phanphop, (M.N.S.)

ศิริรัตน์ ผ่านภพ พย.ม.

Janjeera, Yanachai, (M.P.H.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว

Ban Donkhaew sub district health

อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

promotion hospital Thoen District,
Lampang Province

(Received: 10 December 22 Revised: 25 February 23 Accepted: 10 March 23)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วยกิจกรรมในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกระดับความดันโลหิต และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาดำเนินการศึกษานี้ทั้งสิ้นใช้เวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค จนช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับปกติได้ มีทักษะในการปฏิบัติตัว และเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง,

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ติดต่อผู้นิพนธ์ : พิศิษฐ์ ปาละเชียว **อีเมล :** sanee.palakeaw@gmail.com

Abstract

This study was a quasi-experimental research with the objective of comparing the differences in stroke prevention behaviors and blood pressure levels in patients with hypertension. The sample group was obtained by purposive selection according to the specified criteria, totaling 30 people. The experimental group received the stroke prevention program according to the concept of motivation theory for prevention. It consists of activities to create awareness of risk opportunities. The instrument used for data collection was a blood pressure record and a behavior questionnaire for stroke prevention. The total study period took 12 weeks. Data were analyzed by descriptive statistic; frequency, mean, standard deviation, and paired – test.

The results revealed that after trial the sample group had higher the mean score of the stroke prevention behavior higher and the mean score of blood pressure less than before participating significantly at 0.5 level. As a result of using the stroke prevention program based on the protection motivation theory. It can be help hypertension patient to control their blood pressure at normal level and have practical skills by means of promoting suitable behaviors that can greater help stroke prevention.

Keywords : Hypertension patients, stroke prevention program, protection motivation theory.

Corresponding author : Pisit palakheaw **E-mail :** sanae.palakeaw@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิต ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศและทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 ล้านคน ส่งผลให้เกิดความพิการ 5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 6.5 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุจากการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี นอกจากนี้ยังพบอีกว่าโดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 43.3, 48.7, 47.8, 47.1, และ 53.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 พบอัตราป่วย เท่ากับ 451.4, 467.5, 506.2 และ 542.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2562 แยกตามกลุ่มอายุ คือ อายุต่ำกว่า 15 ปี, 15-39 ปี, 40-49 ปี, 50-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตาย เท่ากับ ร้อยละ 0.01, 0.07, 0.30, 0.74 และ 2.14 และมีอัตราป่วย เท่ากับร้อยละ 1.97, 2.47, 3.15, 3.34 และ 3.34 ตามลำดับ⁽³⁾หากพิจารณาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป

(Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ในเพศชายรองจากอุบัติเหตุจราจร และอันดับที่ 2 ในเพศหญิงรองจากโรคเบาหวาน⁽⁴⁾ จะเห็นว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง บางรายเกิดความพิการในสภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต อาจสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง และเมื่อเกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย ย่อมส่งผลถึงทางด้านจิตใจตามมา เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะอารมณ์ไม่ปกติเป็นแบบสองขั้ว กลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัวที่ต้องดูแล และทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นตามลำดับ

จากข้อมูลความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557⁽⁵⁾ จากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (Thailand lifestyle healthy strategic plan 2011-2020) ได้จัดให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งใน 5 โรคของกลุ่มโรควิถีชีวิต ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภาวะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ โป่งพองออกเป็นกระเปาะเล็ก ๆ ถ้าระดับความดันโลหิตขึ้นสูงมาก ๆ ย่อมส่งผลของหลอดเลือดแดงในสมองอุดตัน หรือหลอดเลือดแดงในสมองแตกได้⁽¹¹⁾ ซึ่งจังหวัดลำปางเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มของอัตราป่วยและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560-2564 มีอัตราความชุก เท่ากับ 988.98, 1096.52, 1085.88, 1201.25 และ 1201.75 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราการตาย เท่ากับ 134.34, 148.68, 154.37, 158.60 และ 169.29 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสาเหตุเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 1143.67, 1222.16, 1292.03, 1359.84 และ 1440.97 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁵⁾ ส่วนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2560-2564 มีอัตราความชุก เท่ากับ 1865.49, 1934.04, 2166.25, 2160.10 และ 2128.75 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราการตาย เท่ากับ 147.28, 371.93, 302.27, 457.43 และ 589.89 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁶⁾

จะเห็นว่าปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ทีมวิจัย สนใจที่จะศึกษาวิธีการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการใช้แนวคิดและทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) มาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นปัจจัยที่จะเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความเข้าใจกับพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อันส่งผลต่อการมีชีวิตที่ดีเพิ่มอายุขัยได้มากขึ้นต่อไป

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยมีสมมติฐานว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมในกลุ่มทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอดงเจน จังหวัดลำปาง ดำเนินการศึกษาดังแต่เดือนสิงหาคม 2565 ถึง เดือนตุลาคม 2565 ใช้เวลาทั้งหมด จำนวน 12 สัปดาห์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอดงเจน จังหวัดลำปาง จำนวน 142 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน โดยอาศัยเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้มีอายุระหว่างมีอายุระหว่าง 45–75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรมฯ สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านเขียนและพูดภาษาไทย และยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอนของการดำเนินงานวิจัยและต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค⁽¹⁹⁾ ในการสร้างโอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองของญาติสายตรง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง และข้อมูลสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต 2) แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 40 ข้อ การรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ และการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (4 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.90 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 จำแนกตามรายด้านคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา มีค่าเท่ากับ 0.95, 0.76, 0.84 ตามลำดับ จึงนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ แบบบันทึกความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว แบบบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นลักษณะแบบเติมคำในช่องว่าง ปัญหาและอุปสรรคร่วมคำแนะนำ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้บันทึกผล

ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา มีดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง เป็นการศึกษาค้นคว้าและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และจัดเตรียมการด้านเอกสารต่างๆที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ

ระยะทดลอง โดยมีกิจกรรมในการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 “มารู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกันเถอะ” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 1) การประเมินสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และระดับความดันโลหิต 2) ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3) การให้ความรู้เรื่องโรค 4) การเสริมแรงจิตใจ และแจกคู่มือป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 2 “เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 1) จัดกิจกรรม “เรียนรู้จากเรื่องจริง” การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบเชิงลบและเชิงบวก

สัปดาห์ที่ 3 “ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 4 “สถานีกิจกรรมดูแลสุขภาพ” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 1) ทบทวนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) ทบทวนทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง 3) การจัดกิจกรรม “ตลาดนัดสุขภาพ” “ตลาดไชยา” และ “ออกกำลังกายกันเถอะ” เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 - สัปดาห์ที่ 11 การลงพื้นที่ลงเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการเสริมแรงจิตใจให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จังหวัดลำปาง เลขที่โครงการวิจัย 107/2565 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2565 (เอกสารรับรองเลขที่ E2565-092) ซึ่งก่อนดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดถึงข้อมูลจากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ จะนำเสนอผลการศึกษามาในลักษณะของภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 66.53 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด มีการศึกษาระดับต่ำกว่าถึงประถมศึกษา ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนในระดับไม่เกิน 5,000 บาท มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6 ปี มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคไตเสื่อม ส่วนมากออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ออกกำลังกายด้วยวิธีแกว่งแขนใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 27.54 นาทีต่อครั้งมากกว่า 15 นาทีต่อครั้งมากที่สุด ส่วนมากทำงานโดยใช้แรงงานระดับปานกลาง ส่วนมากไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระหว่าง 23.00-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมากที่สุด เพศหญิงมีรอบเอวมมากกว่า 80.00 เซนติเมตรมากที่สุด ร้อยละ 43.30 เพศชายมีรอบเอวมมากกว่า 90.00 เซนติเมตร ร้อยละ 3.30 มีความดันเฉลี่ยซิสโตลิก 132.55 มิลลิเมตรปรอทอยู่ระหว่าง 119-150 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก 83.15 มิลลิเมตร อยู่ระหว่าง 70-90 มิลลิเมตรปรอท

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.13$) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($\bar{x} = 3.87$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Paired t-test	p
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	3.16	0.152	ปานกลาง	3.91	0.147	สูง	-21.900	0.000**
ด้านการออกกำลังกาย	2.77	0.396	ปานกลาง	3.67	0.33	สูง	-9.727	0.000**
				1				
ด้านการรับประทานยา	3.34	0.346	ปานกลาง	3.68	0.373	สูง	-6.135	0.000**
โดยภาพรวมทุกด้าน	3.13	0.138	ปานกลาง	3.87	0.118	สูง	-26.708	0.000**

** P-value < .001

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 152.98 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 96.23 มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 132.55 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 83.15 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ด้วยสถิติที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ

ภาวะสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired <i>t-test</i>	<i>p</i>
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)						
กลุ่มทดลอง (n=30)	152.98	6.992	132.55	9.268	10.069	0.000***
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)						
กลุ่มทดลอง (n=30)	96.23	3.385	83.15	3.860	14.396	0.000***

*** P-value < .001

วิจารณ์ผล

1. การศึกษาความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation theory) จากโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ในด้านต่าง ๆ จากการประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การฟังบรรยายให้ความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไขมันในเลือดสูง จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบเชิงลบ และตัวแบบเชิงบวก การได้ฝึกทักษะป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณปริมาณสารอาหารและพลังงาน วิเคราะห์ปริมาณโซเดียม รวมถึงการได้รับคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จนสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองทั้งในเวลาที่มีกิจกรรมและที่บ้าน นอกจากนี้ กลุ่มทดลองได้รับการเสริมแรงจูงใจด้วยการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และเน้นย้ำในเรื่องการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา และการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม

โดยการบันทึกลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. พร้อมติดตามการลงบันทึก จากนั้น อสม. สรุปผลการเยี่ยมบ้าน ร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางในการสนับสนุน เสริมแรงใจ และให้คำแนะนำในกรณีที่พบปัญหา รวมถึงการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตน โดยการเชิญเป็นบุคคลต้นแบบเมื่อมีการปฏิบัติที่เหมาะสม จนสามารถเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพเชิงประจักษ์ทั้งผลต่อความดันโลหิตลดลง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของวียะการ แสงหัวช้าง และจันทิรา จักรสาร (2555)⁽¹²⁾ พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยง อาการเตือนและการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง เช่นเดียวกับการศึกษาของชลธิรา กาวโรสง และ รุจิรา ดวงสงค์ (2557)⁽⁶⁾ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง การตั้งใจ และการปฏิบัติในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 และการศึกษาของศิริรัตน์ ผ่านภพ, นภาพิณ จันทขัมมา และมุกดา หนูศรี (2563)⁽¹⁴⁾ พบว่า พฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยให้ความรู้เรื่องโรค ความรุนแรงของโรค เสริมแรงใจในการดูแลตนเองในการป้องกันโรค

2. การศึกษาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากที่ผู้วิจัยได้สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยการส่งเสริมและติดตามให้กำลังใจอย่าง ต่อเนื่องส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง เกิดพฤติกรรมในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองลดลง ตามไปด้วย ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ การควบคุมความดัน โลหิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับความดันซิสโตลิกที่

สูงขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท หรือ ระดับความดัน ไดแอสโตลิกที่สูงขึ้นทุก 5 มิลลิเมตรปรอทจากระดับปกติ ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะยาวจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40⁽⁹⁾ ซึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถควบคุมระดับ ความดัน โลหิตได้ ดังจะเห็นได้จากผลลัพธ์ในด้านพฤติกรรมรับประทานอาหารมีคะแนนสูงขึ้น และมีพฤติกรรมการ ออกกำลังกายสูงขึ้น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในระดับสูงมีผลต่อระดับความดันโลหิต และแสดงถึงความสามารถในการลดความเสี่ยงของโรค หลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Spassova et al (2016)⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือด สมองหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความดันซิสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 หลังจากเข้าร่วมระบบการฝึกสอนวิธีการดำเนินชีวิตด้วยโทรศัพท์คอมพิวเตอร์สำหรับป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ การรับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้น รับประทานอาหารหวานลดลง การรับประทานใยอาหารโปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ เช่น โพแทสเซียม และแมกนีเซียมช่วยปรับสมดุลของโซเดียม ช่วยลดความดันโลหิต เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (DASH Diet)⁽¹⁰⁾ รวมถึงพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ รวมไม่ต่ำกว่าวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ช่วยลดความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดความดันซิสโตลิก 4-9 มิลลิเมตรปรอท⁽¹²⁾ และพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ครบทุกมื้อ ตามจำนวนที่แพทย์สั่ง โดยไม่หยุดยาเอง⁽¹⁸⁾ เนื่องจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นยาที่ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับการรักษา แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องใช้ยาต่อเนื่องกันทุกวันเป็นเวลานาน เช่น ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง Amlodipine เป็นยาในกลุ่ม Calcium channel blocker โดยจะไปออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ยา Enalapril เป็นยาในกลุ่ม ACE inhibitor ซึ่งจะออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและป้องกันไม่ให้ร่างกาย บวม น้ำ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อติดตามผลความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความต่อเนื่องและยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนติดตามอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองในระยะยาว
2. ควรมีการพัฒนาแบบการให้บริการผู้ป่วยและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการรักษา มีส่วนร่วมในการรักษา เพิ่มช่องทางการปรึกษา เช่น ปรึกษาผ่านทาง โทรศัพท์ ไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา
3. ควรมีการพัฒนา (ญาติผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม.) เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เฝ้าระวังอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริม ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และ ติดตามการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยใช้เครื่องมือ Salinity meter (เครื่องตรวจความเค็ม) เครื่องวัดความหวาน Brix Refract meter ในการควบคุมการบริโภคโซเดียม และน้ำตาล การปรับเมนูอาหารลดหวานมันเค็ม ให้สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตชุมชน
4. ควรขยายผลโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในการวิจัยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นโรคเบาหวาน โรคไต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นและขยายผลไปพื้นที่อื่นๆที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทีมวิจัยสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตลอดระยะเวลาการทำวิจัย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 3 ปี(พ.ศ. 2563 – 2565)[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/government-action-plan-2563>
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2563.
3. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Thailand%20National%20NCD%20plan%202017-2021.pdf>
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การสูญเสียสุขภาพ. นนทบุรี : มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560.
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่ :ทริค ดิงค; 2562.
6. ชลธิรา กาวโรตอง. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: journal/showdetail/?show_preview=T&art_id=1874
7. ชื่นชม สมพล และคณะ. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(ฉบับพิเศษ): 58-74, .
8. รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี. ผลของโปรแกรมสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2555; 25(2): 79-93.
9. พีระ บุรณะกิจเจริญ. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2553.
10. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. DASH Diet [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140133>
11. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: อีวันน้ำพริ้นติ้ง; 2558.
12. ญัตติรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2557). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2557; 20(3): 356-371.

13. วียะการ แสงหัวช้าง และจันทิรา จักรสาร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตำบลต้นตาล อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2555; 30(4): 260-273.
14. ศิริรัตน์ ผ่านภพ, นภาพิณ จันทขัมมา และ มุกดา หนูศรี. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอกะลา จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13(2): 528-538.
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://lpg.hdc>.
16. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว. รายงานสถิติปี พ.ศ. 2564. ลำปาง: ผู้เขียน.
17. อาคม อารยาวิชานนท์. รูปแบบการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. สรรพสิทธิเวชสาร. 2555; 33(1): 71-86.
18. Center for Disease Control and Prevention. CDC. Physical Activity Guidelines for Americans [Internet]. [cited 2022 October 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/physical-activity/resources/recommendations.html>
19. Rogers, R.W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), Social Psychophysiology. New York: Guilford Press;1983.
20. Spassova, L.et al. "Randomised controlled trial to evaluate the efficacy and usability of a computerized phone-based lifestyle coaching system for primary and secondary prevention of stroke". Biomed Central Neurology. 16 : 1-9, 2016.
21. World Stroke Organization. WSO annual report 2013. Administrative Office Geneva; 2017

ผลการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ในผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

Effects of royal massage combined with 4 postures of muscle stretching for

Office Syndrome patients of Na Thap Hai Health Promoting Hospital

Rattanawapi District Nong Khai Province.

วิราวรรณ ชันส์ พท.บ.

Wirawan Khansu, (B.TM.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ

Na Thap Hai Health Promoting Hospital

อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

Rattanawapi District Nong Khai Province

(Received: 1 December 22, Revised: 12 February 23, Accepted: 17 March 23)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดแบบราชสำนัก ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ในผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปีจังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการปวดกล้ามเนื้อ บ่า แบบบันทึก การวัดองศาการเคลื่อนไหวของคอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติWilcoxon Signed Ranks test

ผลการวิจัย พบว่า การนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า สามารถลดระดับอาการปวดได้หลังการรักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยมีระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ในท่าก้มก่อนการรักษาและหลังการรักษาในครั้งที่ 3 ท่าเงยและเอียงซ้ายในครั้งที่ 2 และท่าเอียงขวาในครั้งที่ 1 ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) จะเห็นได้ว่า การนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า สามารถลดระดับ อาการปวด และเพิ่มระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอได้โดยระดับอาการปวดที่ลดลงและระดับองศาการ เคลื่อนไหวของ คอที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีแนวโน้มไปตามจำนวนครั้งของการรักษาที่เพิ่มขึ้นด้วย

คำสำคัญ : การนวดแบบราชสำนัก, การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ, ออฟฟิศซินโดรม

ติดต่อผู้พิมพ์ : วิราวรรณ ชันส์ อีเมล : wirawan.9999skl@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of royal massage combined with four stretching positions in office syndrome patients at Na Thap Hai Health Promoting Hospital Rattana-wapi District Nong Khai Province. The sample was obtained from a specific selection according to the specified qualifications of 12 people. The research instrument included questionnaires of general information, pain level assessment of shoulder muscles and the measurement of movement angle on the neck. Descriptive statistics (i.e. percentage, average and standard deviation) were used for an initial data analysis. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed Ranks test.

The results found that Royal massage combined with 4 stretching poses can reduce the pain level after the second treatment with the degree of movement of the neck. The 3rd post treatment stoop, the 2nd left tilt and the 1st tilt right were statistically significantly different ($p < 0.05$). It can be that the royal massage combined with 4 stretching positions can reduce the pain level and increase the degree of movement of the neck. The reduced pain levels and the degree of movement of the neck increased. This tends to increase with the number of treatment sessions.

Keywords : The Royal Thai Traditional Massage, stretching, Office Syndrome

Corresponding author : Wirawan Khansu E-mail : wiravan.9999skl@gmail.com

บทนำ

ด้วยสถานการณ์ในปัจจุบัน ชีวิตในสังคมที่เปลี่ยนไปเนื่องจากการแข่งขันกันสูง ทำให้หลายคนต้องรีบเร่ง มุ่งทำงาน เพื่อให้มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย มองข้ามสุขภาพร่างกายของตนเองลงไป จนมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็น โรคออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome) ซึ่งเป็นโรคหรือกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial pain syndrome) เป็นอาการปวดกล้ามเนื้อที่เกิดจากจากรูปแบบการทำงานแบบเดิมในลักษณะซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีสภาพสิ่งแวดล้อม หรืออุปกรณ์การทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น โต๊ะ เก้าอี้ที่สูงหรือต่ำเกินไป จนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง และกลายเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากขึ้น⁽¹⁾ นับว่าเป็นภัยเงียบที่ทำให้เกิดโรคร้ายต่าง ๆ ตามมามากมาย⁽²⁾ จากการใช้ชีวิตในสังคมยุคปัจจุบันนี้ คงไม่สามารถปฏิเสธเทคโนโลยีสมัยใหม่ทั้งการใช้โทรศัพท์มือถือ หรือคอมพิวเตอร์ได้เข้ามาบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น เพราะจะช่วยในการทำงานให้รวดเร็วขึ้นกว่าเดิม และเทคโนโลยีเหล่านี้เองที่ทำให้วิถีชีวิตของคนรุ่นใหม่ เปลี่ยนแปลงไป และกลายเป็นปัญหาที่เกิดจากการมีอิริยาบถระหว่างการทำงานไม่เหมาะสมจากการใช้ คอมพิวเตอร์ทำงาน ทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีการเกร็งตัวมากขึ้น

จนเกิดอาการที่ไม่ต้องการ เช่น มีอาการปวดศีรษะ หรือโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เช่น ปวดบ่า ปวดหลัง ปวดต้นคอ หรือ ข้อมือ เป็นต้น⁽³⁾ ซึ่ง อาการปวดกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นแบบเรื้อรังที่เกิดจากโรคออฟฟิศซินโดรมนั้น จะพบได้บ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศ ชาย คิดเป็นร้อยละ 79 ถึงร้อยละ 84 และมักพบในช่วงอายุระหว่าง 30-50 ปี⁽⁴⁾ จากการสำรวจพนักงานที่ ทำงานในสำนักพิมพ์แห่งหนึ่งในประเทศไทย จำนวน 400 คน พบว่า ร้อยละ 60 มีอาการปวดหลัง รองลงมาคือ มีอาการปวดบริเวณคอ ไหล่ และปวดศีรษะ⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนบนนั้น อาจมีอาการปวดร้าวไปบริเวณใกล้เคียงร่วมด้วย บางครั้งจะมีอาการปวดล่า ๆ และมีความรุนแรงตั้งแต่ปวดเล็กน้อยเพียงรำคาญไปจนถึงปวดรุนแรงอย่างมาก ที่เป็นลักษณะเช่นนี้ทำให้ตรวจพบความตึง ของกล้ามเนื้อตลอดเวลาาร่วมด้วยเช่นกัน⁽⁶⁾ จากการเทียบเคียง อาการได้กับโรคลมปลายปัตศาตสัญญาณ 4 หลัง ในทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะมีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ บริเวณบ่า คอ และสะบัก มีอาการชาร้าวไปถึงหัวไหล่ลง ไปที่แขนด้านนอกไปจนถึงปลายนิ้วมือ หรือหายใจไม่เต็มอิม จะเป็นอาการบ่งชี้ที่ชัดในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมนั้น ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับความคิดด้วย และลามไปถึงการมีอาการปวดกล้ามเนื้อหลัง ปวดกล้ามเนื้อ บ่า ปวดกล้ามเนื้อขา ปวดข้อและกระดูก ฯลฯ ซึ่งแต่ละคนก็ต่างมีวิธีในการดูแลหรือการรักษาที่แตกต่างกัน⁽⁷⁾

จากสถิติผู้มารับบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกมากที่สุด คืออาการปวดกล้ามเนื้อบ่า และคอ โดยมี ผู้มารับบริการในปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 10.25, 20.50 และ 30.50 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่ม อาการดังกล่าวจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และคลินิกการแพทย์แผนไทยเอง ก็ได้ให้การ รักษาโรคออฟฟิศซินโดรม (Office Syndrome) โดยใช้การนวดรักษาแบบราชสำนักเป็นหลัก ซึ่งส่งผลต่อระบบ กล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อมี ประสิทธิภาพดีขึ้น เพราะมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น อันที่จะช่วยลดอาการปวดของผู้ป่วยลง แต่ด้วยกระบวนการ นวดรักษานั้นจำเป็นต้องใช้เวลานาน ซึ่งในบางครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องรอคิวนาน และต้องนัดการรักษาต่อเนื่องมาก ถึงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมาไม่ตรงตามนัด จนส่งผลต่อประสิทธิผล ในการรักษาได้ไม่ดีเท่าที่ควร และผู้ป่วย จะกลับมารักษาซ้ำอีกครั้งก็ต่อเมื่อมีอาการปวดก็กลับมาปวด เหมือนเดิม

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษผลของการนวดแบบราชสำนักและการยืดเหยียด กล้ามเนื้อ ด้วยท่ากายบริหาร 4 ท่า ในการบำบัดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบ่าในผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรม (Office Syndrome) โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะเริ่มจากท่าบริหารง่าย ๆ ก่อน ซึ่งท่าบริหารเหล่านี้จะช่วยจัด ความสมดุล โครงสร้างร่างกายให้กับผู้ที่มีปัญหาให้เข้าที่ ทำให้มัดกล้ามเนื้อผ่อนคลายมีความยืดหยุ่น ลดอาการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อจากการทำงานลงได้เร็วขึ้น ป้องกันอาการบาดเจ็บและยังช่วยกระตุ้นให้ กล้ามเนื้อส่วนอื่น ๆ ให้มีความ พร้อมสำหรับการทำงานต่อไปได้ดีการศึกษาในครั้งนี้มีประสงค์เพื่อศึกษาผลของ การนวดแบบราชสำนักร่วมกับ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ในผู้ป่วยโรค ออฟฟิศซินโดรม โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (One Group Pre-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่าในผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรม (Office Syndrome) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 4 สัปดาห์

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าเป็นโรคออฟฟิศซินโดรม (Office Syndrome) ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน โดยเกณฑ์ในการเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

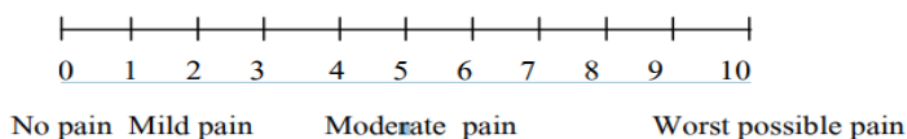
- 1) ผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนบน
- 2) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
- 3) งดรับประทานยาแก้ปวดทุกชนิดในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 4) ไม่มีโรคประจำตัว และความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการนวด เช่น วัณโรค โรคหอบหืด โรคลมชัก โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบหรือข้อเสื่อม โรคมะเร็ง ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน การติดเชื้อ หรือมีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาการอักเสบอื่น ๆ เป็นต้น
- 5) ไม่มีอาการปวดที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ หรือความผิดปกติของสมอง ไม่มีอาการชา ร้าวลงแขนจากการกดทับของเส้นประสาท
- 6) ไม่มีพยาธิสภาพที่คอ บ่า ที่ห้ามทำหัตถการ ได้แก่ มีกระดูกแตกหัก ปรีรั่ว ที่ยังไม่ดี
- 7) ไม่มีแผลเปิด แผลเรื้อรัง หรือมีรอยโรค ผิวหนังที่สามารถติดต่อกับได้ การบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง มีการผ่าตัดภายในระยะเวลา 1 เดือน มีหลอดเลือดดำอักเสบ และ
- 8) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถปฏิบัติตามข้อตกลงการเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- 1) มีอาการทางร่างกายรุนแรงหรือโรคทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล อาการของโรคจิตอื่น ๆ ที่ไม่สามารถ ตอบแบบสอบถามได้
- 2) อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
- 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย
- 4) ขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- 1) มาตรวัดความปวด (Numerical rating scale) (NRS) คือ ใช้ประเมินอาการปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นแบบตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด แต่จะครั้งจะประเมินอาการปวด โดยใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0-10 อธิบายให้เข้าใจได้ดังนี้



การแบ่งค่าระดับความเจ็บปวดแบบ Numeric Rating Scale (NRS) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย, ขยับตัวก็ไม่ปวด
- คะแนน 1 – 3 หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอทนได้นอนเฉยๆไม่ปวด, ขยับแล้วปวดเล็กน้อย
- คะแนน 4 –6 หมายถึง ปวดปานกลางนอนเฉยๆก็ปวด, ขยับก็ปวด
- คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้แน่นอนนิ่ง ๆ

2) เครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหวคอ (Goniometer) เป็นการประเมินการรักษาตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจร่างกายก่อน และหลังของกลุ่มทดลองจากองศาการเคลื่อนไหวคอโดยใช้การก้มหน้าคางชิดอกและเงยหน้ามองเพดาน และการเอียงคอชิดไหล่ซ้ายและเอียงคอชิดไหล่ขวา ซึ่งผู้วิจัยจะจดบันทึกก่อนและหลังทำการรักษา เพื่อประเมินความแตกต่าง โดยเกณฑ์การแปลผลวัดองศา การเคลื่อนไหวคอ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

เอียงได้	มากกว่า 45 องศา	ไม่ปวด
เอียงได้	31-45 องศา	ปวดเล็กน้อย
เอียงได้	16-30 องศา	ปวดปานกลาง
เอียงตั้งแต่	1-15 องศา	ปวดมาก

โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินวัดให้ผู้ป่วย และจดบันทึกก่อนและหลังทำการรักษา จำนวน 4 ครั้ง เพื่อ ประเมินความแตกต่าง

3) คู่มือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ดังนี้



รูปที่ 1 ท่าทางแขนเข้า-ออก



รูปที่ 2 ทำดิ่งแขนลง



รูปที่ 3 ทำประสานมือด้านหลัง



รูปที่ 4 ทำเอียงศีรษะ ซ้าย-ขวา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สาเหตุของการปวดบ่า วิธีการรักษาอาการปวดบ่า ระยะเวลาอาการปวดบ่า ระดับอาการปวดบ่า การรักษาอาการปวดบ่า ด้วยการนวด

2) แบบประเมินอาการปวดกล้ามเนื้อ เป็นแบบวัดระดับความปวด โดยประเมินระดับความปวดก่อนการรักษาและหลังการรักษา (สิ้นสุดการศึกษาวิจัย)

3) แบบประเมินการวัดองศาการเคลื่อนไหวคอ (Goniometer) สำหรับใช้บันทึกองศาการเคลื่อนไหวคอ ก่อนและหลังการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่าความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยโดยใช้สูตร IOC ซึ่งค่า (IOC : Index of item objective congruence) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทุกข้อ และการตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเที่ยงที่ระดับ 0.70 ได้ค่าเท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ทำหน้าที่รักษาด้วยการนวดแบบราชสำนัก ทุกรายจนเก็บข้อมูลเสร็จ การเก็บข้อมูลได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับไฮ และชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์กำหนด จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย อันตรายหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกจากงานวิจัย

3. ดำเนินการสอบถามข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยทำการประเมินระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ในผู้ป่วยโรค Office Syndrome โดยผู้ตรวจร่างกายใช้แบบวัดระดับความปวด (numerical rating scale) ก่อนท การรักษาด้วยการนวดรักษาแบบราชสำนัก ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า

5. ผู้วิจัยทำการประเมินการเคลื่อนไหวของคอ ในทิศทางก้ม เงย เอียงซ้ายและเอียงขวา ด้วยเครื่องมือ วัดองศาคอ (Goniometer) วางในการวัดองศาการก้มและเงย ผู้ตรวจประเมินจะใช้เครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหว คอ (Goniometer) ไว้ที่บริเวณกึ่งกลางของศีรษะในระนาบข้าง (sagittal plane) ตั้งค่าองศาอยู่ในระดับ 0 องศา แล้วให้ผู้รับการตรวจประเมินก้มหรือเงย จุดสิ้นสุดขององศาที่ต้องการวัด คือสามารถเคลื่อนไหวคอได้เองโดยไม่มี อาการปวด ส่วนการประเมินองศาการเอียงคอไปทางด้านข้างกระทำในท่านั่งเช่นกัน แต่วางเครื่องวัดองศาการ เคลื่อนไหวที่บริเวณกึ่งกลางศีรษะ ของผู้เข้าร่วมวิจัยในระนาบแบ่งหน้าหลัง

(coronal plane) ตั้งค่าองศาอยู่ใน ระดับ 0 องศา จุดสิ้นสุดขององศาที่ต้องการวัด คือ สามารถเคลื่อนไหวได้เองโดย ไม่มีอาการปวด ก่อนทำการ รักษาด้วยการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า

6. ดำเนินการนวดรักษาผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรม (Office Syndrome) โดยผู้ช่วยวิจัย โดยการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า เป็นเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง (วันจันทร์และ วันศุกร์) โดยนวดครั้งละ 45 นาที ต่อด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ได้แก่ 1) ท่าทางแขนเข้า-ออก 2) ท่าดึงแขนลง 3) ท่าประสานมือด้านหลัง 4) ท่าเอียงศีรษะ ซ้าย-ขวา ทำซ้ำ ๆ ท่าละ 5 ครั้ง

7. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังการรักษา แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความปวดก่อนและหลังการรักษา โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง และปวดมากที่สุด ซึ่งแบบข้อมูลแบบ Ordinal Scale จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการเคลื่อนไหวคอก่อนและหลังการรักษา โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง และปวดมากที่สุด ซึ่งแบบข้อมูลแบบ Ordinal Scale จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาทุกขั้นตอน โดยการให้ข้อมูลและการเข้าร่วมกิจกรรมขึ้นอยู่กับความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบสิทธิใด ๆ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.33 และมีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 41.67 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 33.33 สาเหตุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าส่วนใหญ่เกิดจากการทำงานหนัก ร้อยละ 50 รองลงมา อิริยาบถไม่ถูกต้อง ร้อยละ 33.33 วิธีการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าส่วนมากไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 50 ระยะเวลาของอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าส่วนมากเป็นมา 1-2 วัน ร้อยละ 41.67 ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบ่า ส่วนมากอยู่ใน ระดับ 7-10 คะแนน ร้อยละ 50 เคยมีประสบการณ์การรักษาด้วยการนวดรักษาแบบราชสำนัก ร้อยละ 25

2. ผลของการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า ในผู้ป่วยโรคโรคออฟฟิศซินโดรม (Office Syndrome)

2.1 ระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อนำคะแนนความปวดในแต่ละครั้งมาแบ่งเป็นระดับความปวดสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปวด (คะแนน 0) ปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-3) ปวดปานกลาง (คะแนน 4-6) และปวดมากที่สุด (คะแนน 7-10) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 1 พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 2 พบว่า ระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปวดมากที่สุด ร้อยละ 50 และหลังการรักษาครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 66.7 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 3 พบว่า ระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปวดมากที่สุด ร้อยละ 50 และหลังการรักษาครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 100 แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่	ไม่ปวด		ปวดเล็กน้อย		ปวดปานกลาง		ปวดมากที่สุด		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการรักษา	0	0.0	1	8.3	5	41.7	6	50.0	
หลังการรักษา	0	0.0	1	8.3	7	58.4	4	33.3	0.157
ครั้งที่ 1									
ก่อนการรักษา	0	0.0	1	8.3	5	41.7	6	50.0	
หลังการรักษา	0	0.0	1	33.3	8	66.7	0	0.00	0.003*
ครั้งที่ 2									
ก่อนการรักษา	0	0.0	1	8.3	5	41.7	6	50.0	
หลังการรักษา	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0.003*
ครั้งที่ 3									

2.2 ระดับการเคลื่อนไหวคอของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อนำองศาการก้มหน้าคางชิดอก-เงยหน้ามองเพดาน และการเอียงคอชิดไหล่ซ้าย-ขวา ในแต่ละครั้ง มาแปลผลการวัดองศาการเคลื่อนไหวคอ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปวด (เอียงได้มากกว่า 45 องศา) ปวดเล็กน้อย (เอียงได้ 31-45 องศา) ปวดปานกลาง (เอียงได้ 16-30 องศา) และปวดมากที่สุด (เอียงตั้งแต่ 1-15 องศา) ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาลำดับ ดังนี้

1) ระดับองศาการก้มของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบระดับองศาการก้มก่อนการรักษาและหลังการรักษาครั้งที่ 1 และ 2 พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับองศาการก้มก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 3 พบว่า ระดับองศาการก้มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 58.3 และหลังการรักษาครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับไม่ปวด ร้อยละ 83.3 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 3 พบว่า ระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ ความปวดอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 58.3 และหลังการรักษาครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ ความปวดอยู่ในระดับไม่ปวด ร้อยละ 83.3 รองลงมา มีระดับความปวดอยู่ในระดับไม่ปวด ร้อยละ 16.7 แสดงตาม ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับบ่งชี้การกำเริบของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่	ไม่ปวด		ปวดเล็กน้อย		ปวดปานกลาง		ปวดมากที่สุด		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการรักษา	3	25.0	7	58.3	2	16.7	0	0.0	0.157
หลังการรักษา	3	25.0	9	75.0	0	0.0	0	0.0	
ครั้งที่ 1									
ก่อนการรักษา	3	25.0	7	58.3	2	16.7	0	0.0	0.083
หลังการรักษา	4	33.3	8	66.7	0	0.0	0	0.00	
ครั้งที่ 2									
ก่อนการรักษา	3	25.0	7	58.3	2	16.7	0	0.0	0.007*
หลังการรักษา	10	83.3	2	16.7	0	0.0	0	0.0	
ครั้งที่ 3									

2) ระดับบ่งชี้การง่วงของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบระดับบ่งชี้การง่วงก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 1 พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับบ่งชี้การง่วงก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 2 พบว่า ระดับบ่งชี้การง่วงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ ปวดเล็กน้อย ร้อยละ 66.7 และหลังการรักษาครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับไม่ ปวด ร้อยละ 75.0 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 3 พบว่า ระดับความปวด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ใน ระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 66.7 และหลังการรักษาครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ใน ระดับไม่ปวด ร้อยละ 100.0 แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับบ่งชี้การง่วงของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่	ไม่ปวด		ปวดเล็กน้อย		ปวดปานกลาง		ปวดมากที่สุด		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการรักษา	4	33.3	8	66.7	0.0	0	0.0	0	1.000
หลังการรักษา	4	33.3	8	66.7	0.0	0	0.0	0	
ครั้งที่ 1									

ต่อตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับบ่งชี้การเฝ้าระวังของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่	ไม่ปวด		ปวดเล็กน้อย		ปวดปานกลาง		ปวดมากที่สุด		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการรักษา	4	33.3	8	66.7	0.0	0	0.0	0	
หลังการรักษา	9	75.0	3	25.0	0.0	0	0.0	0	0.025*
ครั้งที่ 2									
ก่อนการรักษา	4	33.3	8	66.7	0.0	0	0.0	0	
หลังการรักษา	12	100.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0	0.005*
ครั้งที่ 3									

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา วิเคราะห์โดย Wilcoxon Signed Ranks Test

3) ระดับบ่งชี้การเฝ้าระวังของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบระดับบ่งชี้การเฝ้าระวังก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 1 พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับบ่งชี้การเฝ้าระวังก่อนการรักษาและหลังการรักษาครั้งที่ 2 พบว่า ระดับบ่งชี้การเฝ้าระวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 75.0 และหลังหลังการรักษาครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 100.0 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 3 พบว่า ระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 และหลังหลังการรักษาครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 58.3 รองลงมา มีระดับความปวดอยู่ในระดับไม่ปวด ร้อยละ 41.7 แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับบ่งชี้การเฝ้าระวังของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่	ไม่ปวด		ปวดเล็กน้อย		ปวดปานกลาง		ปวดมากที่สุด		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการรักษา	4	33.3	8	66.7	0.0	0	0.0	0	
หลังการรักษา	4	33.3	8	66.7	0.0	0	0.0	0	1.000
ครั้งที่ 1									
ก่อนการรักษา	4	33.3	8	66.7	0.0	0	0.0	0	
หลังการรักษา	9	75.0	3	25.0	0.0	0	0.0	0	0.025*
ครั้งที่ 2									
ก่อนการรักษา	4	33.3	8	66.7	0.0	0	0.0	0	
หลังการรักษา	12	100.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0	0.005*
ครั้งที่ 3									

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา วิเคราะห์โดย Wilcoxon Signed Ranks Test

4) ระดับของการแข็งตัวของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบระดับของการแข็งตัวก่อนการรักษา และหลังการรักษาครั้งที่ 1 พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 75.0 และหลังการรักษาครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวด อยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 100.0 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการรักษาครั้งที่ 3 พบว่า ระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 75.0 และหลังการรักษาครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 83.3 รองลงมา มีระดับความปวดอยู่ในระดับไม่ปวด ร้อยละ 16.7 แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับของการแข็งตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่	ไม่ปวด		ปวดเล็กน้อย		ปวดปานกลาง		ปวดมากที่สุด		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการรักษา	0	0.0	1	8.3	9	75.0	2	16.7	0.008*
หลังการรักษา	0	0.0	6	50.0	6	50.0	0	0.0	
ครั้งที่ 1									
ก่อนการรักษา	0	0.0	1	8.3	9	75.0	2	16.7	0.002*
หลังการรักษา	0	0.0	12	100.0	0	0.0	0	0.00	
ครั้งที่ 2									
ก่อนการรักษา	0	0.0	1	8.3	9	75.0	2	16.7	0.001*
หลังการรักษา	2	16.7	10	83.3	0	0.0	0	0.0	
ครั้งที่ 3									

วิจารณ์

การเปรียบเทียบระดับอาการปวดกล้ามเนื้อและระดับของการเคลื่อนไหวของคอ ก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนัก ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า พบว่า สามารถลดระดับอาการปวด และเพิ่มระดับของการเคลื่อนไหวของคอได้ดีขึ้น โดยระดับอาการปวดที่ลดลงและระดับของการเคลื่อนไหวของคอที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มไปตามจำนวนครั้งของการรักษาที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าการนวดแบบราชสำนัก ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4 ท่า นั้น จะช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดการยืดเหยียดและมีการคลายตัว ทั้งนี้ เนื่องจากการนวดแบบราชสำนักนั้นจะเป็นการกดจุดบริเวณกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลต่อการไหลเวียนโลหิตได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทร บุญเรือน (2564)⁽⁹⁾ ทำการศึกษาผลของการนวดรักษาแบบราชสำนัก ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชของผู้ป่วยโรค Office Syndrome โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม พบว่า การนวดรักษาแบบราชสำนัก สามารถทำให้ระดับอาการปวดลดลงและระดับของการเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้น เนื่องจากการนวดรักษาแบบราชสำนักเป็นการกดจุดบริเวณกล้ามเนื้อที่มีผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิต การไหลเวียนของโลหิตทำให้เลือดและน้ำเหลืองถูกขับออกจากบริเวณนั้นทำให้มีเลือดและน้ำเหลือง ใหม่มาแทนระบบไหลเวียนจึงทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าการลงน้ำหนักไปบนกล้ามเนื้อที่มีอาการเกร็งตัวค้างไว้นั้น จะทำให้ใยกล้ามเนื้อเกิดการเคลื่อนที่ และยังช่วยยืดเนื้อเยื่อที่ติดกันอยู่ให้คลายความตึงตัวลง มีการไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้น จนทำให้กล้ามเนื้อที่มีอาการเกร็งตัวคลายตัวลง และการนวดลงไปบน บริเวณผิวหนังจะเพิ่มการไหลเวียนของเลือดเฉพาะที่นั้นด้วย⁽¹⁰⁾

นอกจากนี้การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จะช่วยรักษาสสมดุลของร่างกาย เพื่อการกลับแนวปกติของกระดูก ทำให้ลดอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกได้ และที่สำคัญ การใช้ท่าทางและอิริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้โครงสร้างร่างกายเสียสมดุลได้ตลอดเวลา จึงต้องจัดสมดุลโครงสร้างร่างกายอยู่เสมอ โดยใช้ท่ายืดเหยียด กล้ามเนื้อ 4 ท่า และอิริยาบถในชีวิตประจำวันให้ถูกต้อง จึงมีผลทำให้ระดับองศาการเคลื่อนไหวของคอ ได้แก่ การก้มหน้าคางชิดอก การเงยหน้ามองเพดาน การเอียงคอชิดไหล่ข้างซ้าย และการเอียงคอชิดไหล่ข้างขวามีองศาเพิ่มมากขึ้น และระดับอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณบ่าลดลงนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิศรุต บุตรอากาศ และ เบญจมาภรณ์ หาญเจริญกุล (2562)⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาผลการรักษาของการนวดไทยต่อองศาการเคลื่อนไหวของ คอ อาการปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดของกล้ามเนื้อบ่า:การศึกษาแบบ ปกปิดผู้ประเมิน มีการสุ่มและกลุ่มควบคุม ในผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 48 คน หลังจากการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยมีค่าองศาการเคลื่อนไหวของการก้ม คอ อาการปวด และระดับความวิตกกังวลดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่า visual analog scale มีค่าลดลง หลังจากการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ⁽¹²⁾ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการนวดไทยแบบราชสำนักทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณ upper trapezius อาจมีผลให้อาการปวดลดลง จากค่าระดับความรู้สึกเจ็บที่เพิ่มขึ้น ค่า Visual analog scale ลดลง และช่วงการ เคลื่อนไหวของคอและหัวไหล่ที่เพิ่มขึ้นหลังจากการนวดไทยแบบราชสำนัก⁽¹³⁾ จะเห็นว่า การนวดรักษาแบบราช สำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่ากายบริหาร 4 ท่านั้น จะช่วยให้กับผู้ป่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อบ่าได้ อย่างชัดเจน กับผู้ที่ชอบนั่งทำงานในท่าเดียวนาน ๆ ข้อจำกัดในการศึกษา เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาน้อย อาจจะทำให้ไม่เห็นผลของการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นควรศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่มีขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น และควรเปรียบเทียบระยะเวลาการนวด และความถี่ของการนวด เพื่อจะได้ทราบความเหมาะสมในการนวดที่จะสามารถช่วยลดอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่ากายบริหาร 4 ท่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะเครียด เป็นต้น
2. การนวดแผนไทยแบบราชสำนักร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่ากายบริหาร 4 ท่า กับกลุ่มออฟฟิศซินโดรม ควรเพิ่มระยะเวลาทำการศึกษามากขึ้น เพื่อดูผลสำคัญของ การรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับโฮ ที่ให้ความเอื้อเฟื้อข้อมูลในด้านต่าง ๆ และขอขอบคุณกลุ่มเป้าหมายที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคออฟฟิศซินโดรม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก
: <https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/696>
2. ปาจรา โพธิ์หัง, นนทกร ดำรงค์, อโนชา ทศนาธนชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ในบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2564; 14(2): 236-250.
3. ศรีนรินทร์ โคตะพันธ์ และศุภมาส จารุจรณ. โรคออฟฟิศซินโดรมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560; 12(2): 135-142. 4. กิตติยา โกวิทยานนท์และปณดา เตชทรัพย์อมร. เปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจาก Myofascial Pain Syndrome ด้วยการนวดไทยกับอัลตราซาวด์. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2553; 8: 179-90.
5. สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. โรคออฟฟิศซินโดรม. โรคออฟฟิศซินโดรม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.msdbangkok.go.th/healthconner_Office%20syndrome.htm
6. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2552.
7. พรีดา จันทรวิบูลย์และศุภลักษณ์ พักคำ. ประสิทธิผลของการนวดแบบราชสำนักในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์วิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก:
<http://ssuir.ssru.ac.th/handle/ssuir/300>
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทับโฮ. รายงานผู้ป่วยงานแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ. 2564. รัตนวาปีหนองคาย: ผู้เขียน.
9. สุวภัทร บุญเรือน. ผลของการนวดรักษาแบบราชส นักร่วมกับการออกก ล้างกายด้วยท่ากายบริหารมณี เวชของผู้ป่วยโรค Office Syndrome โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2564 ; 14(1) :091-105.
10. Carreck A. The effect of massage on pain perception threshold. Manipulation therapy, 1994; 26: 10-6
11. วิศรุต บุตรอากาศ และเบญจมาภรณ์ หาญเจริญกุล. ผลการรักษาของการนวดไทยต่ออาการเคลื่อนไหวของคอ อาการปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดของกล้ามเนื้อบ่า. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2562; 31 (1): 9-20.

12. Vitsarut Buttagat, Wichai Eungpinichpong, Uraiwon Chatchawan, Samerduen Kharmwan, The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points. Journal of Bodywork and Movement Therapies.2011 ; 15(1):15-23.
13. สรายุทธมงคล กนกทิพย์ สว่างใจธรรม และวาสนา เนตรวีระ. ผลของการนวดไทยแบบราชสำนัก ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ upper Trapezius: การศึกษานำร่อง. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด.2012 : 25(1): 87-95.

การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ
ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละโค อำเภอมือง จังหวัดหนองคาย

The enhancing quality of life for public health volunteers (VHV) Support for primary
care services under the situation of the outbreak of Coronavirus Disease 2019

PaKho Health Promoting Hospital Mueang District NongKhai Province.

อิสริย์ จันทรมนตรี ส.บ.

Isaree Chantaramontree, (B.P.H.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองหมี่

Mueang Mee Health Promoting Hospital

อำเภอมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

MueangNongKhai District NongKhai

(Received: 15 January 23, Revised: 20 February 23, Accepted: 15 March 23)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานอาสาสมัคร
สาธารณสุข (อสม.) ในการสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 102 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบ
เจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิง
อนุมานด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานและระดับ
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 และ 4.01 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลที่มี
ความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.098$, $P\text{-value} = 3.875$)
ด้านความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และปัจจัยในด้านต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิต
ซึ่งอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r = 0.258$, $P\text{-value} = 0.009$) และ ($r = 0.233$, $P\text{-value} = 0.012$)
โดยมีปัจจัยสนับสนุนทั้งค่าตอบแทน สวัสดิการที่ควรได้รับ แรงจูงใจที่มีคุณค่าและความภาคภูมิใจที่ได้รับการ
ยกย่องจากชาวบ้าน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.), โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ติดต่อผู้พิมพ์ : อิสริย์ จันทรมนตรี อีเมล : isaree324@hotmail.com

Abstract

The cross-sectional analytical research aimed to study the quality of working life of public health volunteers in supporting primary care services under the situation of the outbreak of Coronavirus Disease 2019. 102 people. Data were collected by a questionnaire of the 8th Health Service Area during November-December 2022. Data were analyzed by descriptive statistic and Pearson's correlation coefficient was determined.

The research results showed that Public Health Volunteers (VHVs) had knowledge and awareness about their work and quality of life at a high level with mean values of 4.34 and 4.01 respectively. The personal data correlated with the quality of life was low with no statistical significance ($r = 0.098$ P-value = 3.875) The knowledge about work performance and the factors in different aspects were positively correlated with the quality of life, which was at the low level with statistical significance of 0.05 ($r = 0.258$ P-value = 0.009) and ($r = 0.109$ P-value = 0.002). The supporting factors including compensation welfare that should be received Valuable motivation and pride to be admired by the locals to affect the quality of life.

Keywords : quality of life, public health volunteers, coronavirus disease 2019

Corresponding author : Isaree Chantaramontree **E-mail :** isaree324@hotmail.com

บทนำ

จากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (Covid19) ไปทั่วโลกที่มีความรุนแรง และมีการระบาดไปอย่างรวดเร็วจนทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และในประเทศไทยเองก็พบผู้ติดเชื้อทั้งที่มาจากกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ และการกลับสู่ภูมิลำเนาในต่างจังหวัดช่วงเกิดการระบาดนั้น จนประเทศไทยเองต่างก็มีมาตรการในการควบคุมการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง ทั้งการเฝ้าระวังป้องกันโรคซึ่งเป็นกระบวนการติดตาม สังเกต ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิดและการกระจายของโรค รวมไปถึงการรายงานผลในการเฝ้าระวังป้องกันโรค ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการควบคุมการระบาดของโรค⁽¹⁾ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นับว่าเป็นผู้ที่บทบาทสำคัญในการต่อสู้กับโรคโควิด 19 ไปคู่กับบุคลากรทางการแพทย์ของไทย จนสามารถควบคุมสถานการณ์การเกิดโรคได้ดี และเป็นที่ยอมรับของนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลกหรือ WHO ได้ชมเชย อสม.ไทยว่า เป็นกลไกสำคัญในการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ จนทำให้อัตราการติดเชื้อโควิดของไทยสามารถควบคุมได้ในการระบาดระลอกแรกถึงกลางปี 2563 และไทยกลายเป็นประเทศตัวอย่างแก่ประเทศอื่น ๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี⁽²⁾ ที่มาจากการใช้การเชื่อมโยงภาคประชาชนและภาครัฐเข้าด้วยกัน ในการจัดการสุขภาพระดับปฐมนุ

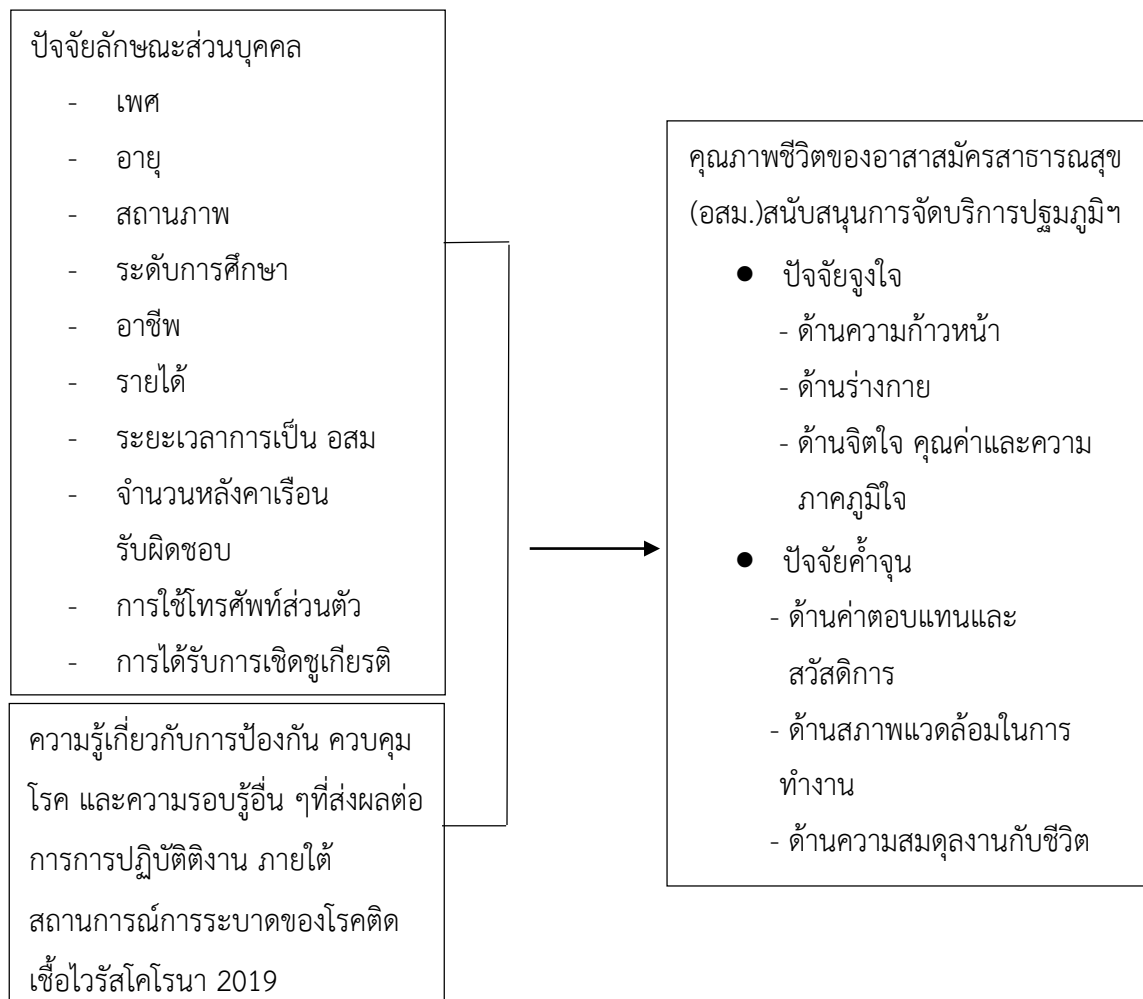
จนสามารถจัดการปัญหาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 มีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ถือว่าเป็นทุนทางสังคม (Social Capitals) ที่สำคัญมีบทบาทภายใต้ความสำเร็จของการทำงานอย่างได้ผลครอบคลุม นับได้ว่าเป็นความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพที่มีในพื้นที่ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care) ที่เป็นระบบการบริการสุขภาพชุมชน ที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและระบบดำเนินการที่ภาคประชาชนจะสามารถดำเนินการอย่างพึ่งตนเองได้ เกิดจากบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยพลังจิตอาสาของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.).⁽³⁾

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา หนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จนอกจากจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคแล้ว ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ร่วมปฏิบัติงานไปด้วยกัน ได้ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน ในการเคาะประตูบ้านรณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร โรคโควิด-19 การน่านโยบายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ รวมทั้งการเป็นผู้นำในการปฏิบัติพฤติกรรมในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) สร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การเตรียมอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรค การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรค การติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้านของกลุ่มเสี่ยง⁽⁴⁾ รวมไปถึงการวัดอุณหภูมิ ณ จุดคัดกรองของชุมชน ตลาดสด และประเพณีงานบุญต่าง ๆ ซึ่งการทำกิจกรรมดังกล่าว ต้องปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันไม่แพ้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นกัน เพราะต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้านเทคโนโลยีควบคู่กับอินเทอร์เน็ตในการทำงานด้วย และการทำงานต้องลงพื้นที่ได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีเวลาให้กับกับครอบครัวหรือปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตส่วนตัวน้อยลง ประกอบกับค่าตอบแทนหรือที่เรียกว่าค่าป่วยการที่ได้รับจากการสนับสนุนนั้นมีเพียงเล็กน้อย บางครั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการทำงานก็ต้องใช้ทุนของตัวเองเพิ่มเติม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จึงมีส่วนในการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีส่วนสำคัญมากในการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรค ซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวังควบคุมโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติงานที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจากการระบาดของโรคหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน อีกทั้งยังต้องบริหารจัดการตนเองและครอบครัวให้มีความสุขให้เหมาะสมควบคู่ไปกับการทำงาน และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงถือได้ว่าเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคนทำงานอย่างยิ่ง เพราะหากผู้ทำงานมีความเป็นอยู่ที่ดีแล้ว ก็ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติงานให้สามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ได้⁽⁵⁾ จากที่กล่าวมานั้นจะเห็นว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย มีความสำคัญต่อการดำเนินงานที่จะสนับสนุนให้การทำงานด้านปฐมภูมิเกิดความยั่งยืนได้ ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความพร้อมทั้งกายและใจที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยคาดว่า การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ

อาสาสมัครสาธารณสุขได้มากขึ้น รวมทั้งจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการยกระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในยุค New Normal ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน และคงอยู่ปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุขไทยได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะโค อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ภายใต้กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองหนองคาย จำนวน 2,413 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 102 คน ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงโดยอาศัยเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะโค อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(อสม.) ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป และอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี 2564-2565 เท่านั้น เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ 2) การลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย 3) พุศุคไม่รู้อะไร 4) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบสอบถามของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ที่ผ่านการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วและได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากระบบสาธารณสุข (สวรส.) แผนงานวิจัยมุ่งเป้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการควบคุมป้องกันและควบคุมโรค ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อคำถาม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยจูงใจ (motivation factors) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความก้าวหน้า ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ คุณค่าและความภาคภูมิใจ 2) ปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความสมดุลงานกับชีวิตส่วนตัว และด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เนื่องจากผู้วิจัยใช้เครื่องมือมาตรฐานจากเขตบริการสุขภาพที่ 8 จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ 2) การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยเก็บข้อมูลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 30 คน และพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 0.96

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา โดยผู้วิจัยได้เสนอและขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะโค อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ต่อผู้บังคับบัญชา และเสนอขอการรับรองโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายเมื่อได้รับอนุมัติแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะโค เพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากนั้นเข้าพบประธาน อสม. แนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูลกับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยก่อนจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนลงมือทำ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2565 แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ ลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแบ่งเกณฑ์การวัดระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ออกเป็น 5 ระดับ⁽⁶⁾ ดังนี้

$r = \pm 1.00$	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
$r = \pm 0.71 - \pm 0.99$	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r = \pm 0.31 - \pm 0.70$	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r = \pm 0.01 - \pm 0.30$	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = 0$	ไม่มีความสัมพันธ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามหนังสืออนุมัติเลขที่รับรอง 75/2565 (COA No.NKPH78) ลงวันที่ 16 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 92 คน ร้อยละ 90.20 เป็นเพศชาย จำนวน 10 คน ร้อยละ 9.80 มีอายุเฉลี่ย 65.50 ปี เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 32.35 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.35 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 57.84 ประกอบอาชีพทำนามากที่สุด ร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 38.24 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เฉลี่ย 17.47 ปี โดยมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุดที่จำนวน 35 ปี และอายุการทำงานน้อยที่สุดที่อายุ 1 ปี มีจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 14 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ไม่มีการดำรงตำแหน่งอื่นใด ในชุมชน ร้อยละ 90.20 ได้รับค่าป่วยการโดยไม่ถูกหักค่าใช้จ่ายอย่างอื่นเพิ่มเติมเดือนละ 1,000 บาท ร้อยละ 100 ใช้โทรศัพท์มือถือช่วยในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 97.09 เสียค่าโทรศัพท์ต่อเดือนมากกว่า 300 บาท ร้อยละ 40.20 การได้รับรางวัลหรือได้รับการเชิดชูเกียรติ ร้อยละ 38.24 ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.70 เป็นต้น

2. ระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการควบคุมป้องกันและควบคุมโรค ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า โดยภาพรวม อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

จะมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ซึ่ง มีความรู้และรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยการกินร้อน ซ้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง, เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดยการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง ละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย ของผู้ติดเชื้อ และการติดตามเฝ้าระวังโรคร่วมกับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67, 4.56 และ 4.56 ตามลำดับ

3.ระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยรวมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 โดยมีระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคม, ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และด้านคุณค่าทางจิตใจและความภาคภูมิใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30, 4.10 และ 4.09 ตามลำดับ แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำแนกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	Mean	S.D.	แปลผล
ปัจจัยจิตใจ			
- ด้านความก้าวหน้า	4.02	0.65	มาก
- ด้านร่างกาย	3.84	0.62	มาก
- ด้านจิตใจ คุณค่าและความภาคภูมิใจ	4.09	0.52	มาก
ปัจจัยค้ำจุน			
- ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	3.96	0.61	มาก
- ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	4.10	0.61	มาก
- ด้านความสมดุลงานกับชีวิตส่วนตัว	3.77	0.54	มาก
- ด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคม	4.30	0.47	มาก
ภาพรวมทั้งหมด	4.01	0.58	มาก

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิต		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ
เพศ	0.132	0.187	ต่ำ
อายุ	0.019	0.849	ต่ำ
สถานภาพสมรส	0.099	0.320	ต่ำ
ระดับการศึกษา	0.134	0.180	ต่ำ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.155	0.120	ต่ำ
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.106	0.288	ต่ำ
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	0.125	0.211	ต่ำ
ค่าใช้จ่ายโทรศัพท์มือถือต่อเดือน	0.177	0.076	ต่ำ
การได้รับรางวัลหรือได้รับการเชิดชูเกียรติ	0.023	0.822	ต่ำ
การมีโรคประจำตัว	0.015	0.822	ต่ำ

4.2 ความรู้และการรับรู้ในการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่า ความรู้และการรับรู้ในการปฏิบัติงานจะมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.258$ $P\text{-value} = 0.009$) มีเพียงบางข้อเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต คือ การมีคู่มือ หรือเอกสารประกอบการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ($r = 0.01$) แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ด้านความรู้และการรับรู้การปฏิบัติงานฯ ที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ความรู้และการรับรู้การปฏิบัติงานฯ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ
1. มีการสื่อสารชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างชัดเจน	0.225	0.023	ต่ำ
2. การมีคู่มือ หรือเอกสารประกอบการปฏิบัติงานที่เหมาะสม	0.338	0.001	ปานกลาง
3. มีการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019	0.252	0.011	ต่ำ

ต่อตารางที่ 3 ด้านความรู้และการรับรู้การปฏิบัติงานฯ ที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ความรู้และการรับรู้การปฏิบัติงานฯ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	p-value	ระดับ
	(r)		
4. มีทีมและร่วมวางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในพื้นที่	0.229	0.020	ต่ำ
5. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน	0.177	0.074	ต่ำ
6. กลุ่มเสี่ยงที่มีอาการรุนแรง คือ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง	0.283	0.004	ต่ำ
7. การวัดไข้เป็นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่	0.167	0.094	ต่ำ
8. การเฝ้าระวังประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างประเทศหรือพื้นที่เสี่ยงสูง ให้กักตัวที่บ้านเพื่อสังเกตอาการไม่น้อยกว่า 14 วัน	0.159	0.111	ต่ำ
9. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ โดยการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง ละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย ของผู้ติดเชื้อ	0.048	0.629	ต่ำ
10. ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการป่วยทางระบบทางเดินหายใจและปอดอักเสบรุนแรงทุกคน	-0.138	0.167	ต่ำ
11. การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการกินร้อน ซ้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง	0.205	0.039	ต่ำ
12. ร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตามให้ผู้ถูกกักกันกรณีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวอยู่ที่บ้าน	0.231	0.020	ต่ำ

ต่อตารางที่ 3 ด้านความรู้และการรับรู้การปฏิบัติงานฯ ที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ความรู้และการรับรู้การปฏิบัติงานฯ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ
13.ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่น้อยกว่า 3 เข็ม	-0.140	0.159	ต่ำ
14.ท่านใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ติดตาม เฝ้าระวังกับประชาชน	0.237	0.017	ต่ำ
15. ในการปฏิบัติงาน ท่านได้รับการติดตามและ กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ	0.195	0.050	ต่ำ

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาในส่วนปัจจัยคำจูนสนับสนุนคุณภาพชีวิต พบว่า ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($r = 0.002$) รองลงมาคือ ปัจจัยจิตใจในแง่คุณค่าทางด้านจิตใจและความภาคภูมิใจ ($r = 0.015$) ตามลำดับ แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ตัวแปร	ระดับความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ
ปัจจัยจิตใจ			
ด้านความก้าวหน้า	0.155	0.120	ต่ำ
ด้านร่างกาย	0.155	0.119	ต่ำ
ด้านคุณค่าทางด้านจิตใจ ความภาคภูมิใจ	0.239*	0.015	ต่ำ
ปัจจัยคำจูน			
ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	0.305**	0.002	ต่ำ
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	0.216*	0.029	ต่ำ
ด้านความสมดุลงานกับชีวิตส่วนตัว	0.058	0.560	ต่ำ
ด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคม	0.169	0.090	ต่ำ

ค่าความสัมพันธ์ $r = \pm 1$ P-value = <0.05

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นพบประเด็นที่ควรนำมาวิจารณ์ ดังนี้

1. การศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสมายาวนาน และเป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวด้วยแล้ว ซึ่งจะมีข้อจำกัดทางร่างกายโดยตรง ทำให้ขาดการคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร ส่งผลให้การทำงานไม่คล่องแคล่วตามไปด้วย รวมทั้งการมีภาพลักษณ์ที่ไม่น่าเชื่อถือในสายตาประชาชน ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรู้ การรับรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากก็ตาม จะเห็นว่าความแข็งแรงของร่างกายนั้นส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของกษพร พงษ์แท้ และคณะ (2564)⁽⁷⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์และด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นหลัก

2. ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการควบคุมป้องกันและควบคุมโรค ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า โดยภาพรวม อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะได้รับการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพอยู่ตลอดเวลาในระบบสาธารณสุขไทย ดังนั้นจึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลายเป็นผู้ต้นตอที่จะแสวงหาความรู้อยู่แล้วโดยไม่จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมทุกเรื่องไป แม้กระทั่งเรื่องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะอาศัยสื่อทั้งจากคู่มือ หรือเอกสารประกอบการปฏิบัติงานในการหาความรู้ให้ตนเอง สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดให้ประชาชนทราบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย จิวจินดา (2562)⁽³⁾ ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นคนที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งเป็นผู้ที่ใส่ใจและมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี

ในส่วนของความสัมพันธ์ด้านความรู้และการรับรู้การปฏิบัติงานกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.258$ $P\text{-value} = 0.009$) สอดคล้องกับการศึกษาของปรานค์ จักรไชย และคณะ (2560)⁽⁸⁾ ศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม. เช่นเดียวกับพงศกร บุญมาตุ่น และคณะ (2565)⁽⁹⁾ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.098$, $p < 0.031$) ทั้งนี้เพราะ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ดีและได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังควบคุมโรคระบาดอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดในปัจจุบัน

ที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะต้องมีความรู้ ในการปฏิบัติงาน และเป็นโรคที่ประชาชนให้ความสนใจทำให้ มีการสื่อสารองค์ความรู้มาจากหลากหลายช่องทางรวมทั้งได้รับการพัฒนาศักยภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ ต่อเนื่อง คล้ายคลึงกับการศึกษาของศุภักษร ภาวศ์ะรัตและคณะ (2563)⁽¹⁾ ที่ว่าก่อนที่ อสม. จะออกปฏิบัติ หน้าที่จะต้องผ่านการอบรมให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจะกำหนดบทบาท ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จะเห็นว่า การมีความรู้และการรับรู้การ ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้เพียงพอสำหรับการแก้ไขปัญหาในหน่วยงานได้แล้ว ก็ย่อมส่งผล ต่อสภาพทัศนคติทางจิตใจน้อยลงซึ่งผลคุณภาพชีวิตโดยตรงได้ แต่ขณะเดียวกัน การมีคุณภาพชีวิตนั้นก็ยังมีอีก หลายองค์ประกอบด้วยกัน ทั้งเศรษฐศาสตร์ทางฐานะบ้าง สุขภาพร่างกาย สภาวะแวดล้อมทางสังคม ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น

คุณภาพชีวิตอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้สถานการณ์การ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับปัจจัยสนับสนุนอื่น พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีระดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับมาก ในด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคม, ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และด้านจิตใจคุณค่าและความภาคภูมิใจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้คนทำงานทุกคนเกิดความสุข ในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตัวเองได้ โดยเฉพาะกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ดูแลสุขภาพให้กับประชาชนจะขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานดี ทำงานเป็นทีม มีความ สามัคคีกับเพื่อน อสม.ด้วยกัน เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนการทำงานในชุมชนได้ราบรื่นมากยิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่า โดยภาพรวมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า อาจเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน และจากผลการศึกษา พบว่า การมีปัจจัยทางด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ จะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ รองลงมาคือ การมีคุณค่าทางด้านจิตใจ และความภาคภูมิใจ ต้องยอมรับว่า บุคคลเมื่อทุ่มเทกับการทำงานแล้ว กำลังใจมีส่วนสำคัญมากในการต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และขณะเดียวกันค่าตอบแทนที่เหมาะสมก็มีส่วนในการเสริมกำลังใจไม่น้อย สอดคล้องกับแนวคิดของ เฮิร์ชเบิร์ก (1995)⁽¹⁰⁾ ที่ว่าการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ด้วยการเพิ่มค่าตอบแทน จะก่อให้เกิดแรงกระตุ้น ในการทำงาน ซึ่งอาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อม สภาพทางเศรษฐกิจสังคม และระบบการทำงาน การมีความ พึงพอใจในงานมาก ย่อมทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานมากตามไปด้วย และจากทฤษฎีการจูงใจว่าของ Hodgetts (1990)⁽¹¹⁾ ที่ว่า Motivation Factors เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับงานที่ปฏิบัติมีผลต่อความพึงพอใจใน งานโดยตรง และมีผลต่อการเพิ่มหรือลดผลผลิตของงานด้วย ได้แก่ ลักษณะของงาน (The Work itself) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) ความเจริญก้าวหน้า (Advancement) ความเจริญงอกงามที่เป็นไปได้ (Possibility of growth) จะเห็นได้ว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทำให้เกิดการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้ ทักษะใน การปฏิบัติงานมากขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2560)⁽¹²⁾

ที่พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของ อสม. เนื่องจากแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความพอใจและกระตือรือร้นในการทำงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย

1. การกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในด้านอายุ และทักษะการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขได้มากขึ้น
2. ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยเฉพาะด้านค่าตอบแทนหรือที่เรียกว่าค่าป่วยการมากขึ้น โดยการคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน และมีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลให้ชัดเจน

ขอเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ในเรื่องคุณภาพชีวิตต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ชนบทในหลายพื้นที่ เพื่อได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น อันที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบลปะโค ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่เพื่อใช้ในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลในการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภลักษณ์ ภาวรงค์รัตน์, สมภาพ อาจชนะศึก และปิยะณัฐ นามชู. การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:
[http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/\(Full_paper_edit\).pdf](http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/(Full_paper_edit).pdf)
2. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารระบบสาธารณสุข. 2565; 16 (2): 151-168.
3. ชาญชัย จิวจินดา. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม. วารสารการบริหารและการจัดการ. 2561; 6(2): 1-9.

4. สรวุฒิ เอี่ยมนัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอองเกรลาต จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564; 1(2): 75-90.
5. ศศิมา ยอดทหาร และวัลลภรัตน์พบศิริ. คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ระหว่างวันที่ 9 - 10 กรกฎาคม 2563. 2223-2233.
6. นัสมล บุตรวิเศษ และอุปริญฐา อินทรสาด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ศูนย์พระนครศรีอยุธยา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2564
7. กชพร พงษ์แต่, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช และมยุลี สำราญญาติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต. พยาบาลสาร. 2564; 48(1): 281-294.
8. ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์ และวรเดช ช้างแก้ว. ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในทีมหมอกรอบครัวและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม.ในทีมหมอกรอบครัวจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560 ; 31 (1): 16-28.
9. พงศกร บุญมาตุ่น, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, วรินทร์มาศ เกษทองมา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอทุ่งฝนจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(2): 300-312.
10. Herzberg, Frederick. (1959). The Motivation to Work. (2nd ed.). New York: John Wiley.
11. Hodgett, Richard M. (1990). Management: Theory process and practice. (5th ed.). New York: Harcourt Brace Jovanovich
12. ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2650; 42(2): 179-186.

การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19
ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลวานรนิวาส
Development of System for Infection Prevention and Control for
COVID-19 in Hemodialysis Unit Wanon Niwat Hospital.

จันทร์เพ็ญ ปะวะโพตะโก พย.ม.

Junpen Pawapotako, (M.N.S.)

จิรนน พิมพการ พย.ม.

Cheeranan Phimpakarn, (M.N.S.)

ชนิดาภา จอมทรักษ์ ส.บ.

Chanidapha Jomtharak, (B.P.H.)

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

Infection Prevention and Control

โรงพยาบาลวานรนิวาส

Wanon Niwat Hospital

(Received: 25 March 2023; Revised: 22 April 2023; Accepted: 2 May 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลวานรนิวาส โดยใช้กระบวนการพัฒนาของเคมมิส และแมคทาากาท โดยมีการดำเนินการศึกษาอยู่ 3 ระยะคือ ระยะวางแผน ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล ใช้เวลาศึกษาทั้งหมด 15 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 – เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม จำนวน 38 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือด จำนวน 12 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดความรู้แบบสอบถามและแบบสังเกตการณ์ ปฏิบัติตัวการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปประเด็น ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อวัดระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติตัว การเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test และเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องก่อนและหลังใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย พบว่า มีการปรับเปลี่ยนแผนตามสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยและบุคลากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ กำหนดระยะเวลาการนัดฟอกไตล่วงหน้าผ่านโทรศัพท์ และออกแบบระบบการฟอกไตใหม่กับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 รวมทั้งมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคให้เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบฯ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนสูงขึ้น และมีสัดส่วนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และความรู้และการปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือด ก็มีคะแนนสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ ($p < .05$) มีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการพัฒนาได้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ดียิ่งขึ้น สามารถรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 เข้ารับการฟอกไตได้อย่างต่อเนื่อง และไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในหน่วยงานทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, หน่วยฟอกเลือด, การป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19

ติดต่อผู้พิมพ์ : จันทร์เพ็ญ ปะวะโพตะโก **อีเมล :** peemon2009@hotmail.com

Abstract

This study as action research have aim to develop a system for prevention and control of COVID-19 infection in the hemodialysis unit of Wanon Niwat Hospital Using the development process of Kemmis and MacTagat. There are 3 phases in the study, namely, the planning phase and the implementation phase and the evaluation period The total study period is 15 months from March 2021 to July 2022. The sample Thirty-eight hemodialysis patients and 12 hemodialysis staff were selected by purposive sampling. Tools used to collect data consisted of a knowledge test. Questionnaires and observation forms for prevention and control of COVID-19 infection. Qualitative data analysis by content analysis to summarize issues. The quantitative data, percentage, mean was used to measure knowledge level and level of practice Comparison of before-and-after data using Wilcoxon signed-rank test and comparing proportion of correct practice before and after using Chi-square and Fisher's exact test.

The research results showed that the plan was adjusted according to the situation of the COVID-19 outbreak. Organize a screening system for patients and personnel at risk of infection. Schedule your dialysis appointment in advance via telephone and designing a new dialysis system for a group of patients infected with COVID-19 Including environmental management to prevent the spread of infection and support adequate disease prevention equipment.

When comparing the knowledge and behavior scores of patients before and after developing the system, it was found that the patients had higher scores and have the correct proportion of practice in preventing COVID-19. There were statistically significant differences ($p < .01$). The knowledge and behavior of staff working in the hemodialysis unit had higher scores with a statistically significant difference ($p < .01$) and ($p < .05$). The correct proportion of practice in preventing COVID-19 disease statistically significant difference ($p < .01$). Results from the development has improved the efficiency of preventing the spread of infection better can accommodate patients infected with COVID-19 receiving continuous dialysis and there was no incidence of infection in the agency, both with the patient and the service staff.

Keywords : Development of System, Hemodialysis Unit, Infection Prevention for COVID-19

Corresponding author : Junpen Pawapotako **E-mail :** peemon2009@hotmail.com

บทนำ

โรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV-2) ที่มีการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่นมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีนในปลายปี ค.ศ. 2019 จนแพร่กระจายไปยังประชากรทั่วโลกอย่างรวดเร็ว จากรายงานสถานการณ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า 210 ล้านราย และมีเสียชีวิต 4.5 ล้านราย⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมรวมทั้งสิ้นรวมมากกว่า 1,500,000 ราย เสียชีวิตมากกว่า 16,000 ราย⁽²⁾ และกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ที่เร่งด่วน เพื่อให้ทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพ สำหรับการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดสกลนคร พบว่า มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเช่นกัน และในพื้นที่ของอำเภอดอนนาฬิกาสข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2563 พบผู้ป่วยสะสม 33 ราย และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยสะสมสูงถึง 29,976 ราย⁽³⁾ ที่เข้ารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาล ดังนั้น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในสถานบริการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเคร่งครัดตามมาตรการต่างๆของภาครัฐ ทั้งการสวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม จำกัดการอยู่รวมกันเพื่อลดการแพร่เชื้อไปในการใกล้ชิดของผู้คน

ถึงแม้ว่าจะยังคงมีการระบาดของโรคโควิด-19 และต้องปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัดก็ตาม แต่ก็พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากมาตรการดังกล่าว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล ซึ่งมีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในหน่วยฟอกไตคือ ผู้ป่วยที่ต้องรับการฟอกไตในโรงพยาบาล 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าประชาชนทั่วไป ร้อยละ 40 และมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆถึง 6 เท่า ซึ่งเป็นการติดเชื้อที่มีแนวโน้มสูงขึ้น⁽⁴⁾ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้เชื้อจุลินทรีย์จึงถูกภูมิต้านทานได้ง่ายขึ้น⁽⁵⁾ และถ้าหากเป็นผู้ป่วยฟอกเลือดเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ร่วมด้วยแล้ว ยิ่งทำให้การรักษาจะมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปและมีอัตราการตายสูง⁽⁶⁾ โดยอัตราการติดเชื้อติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยฟอกเลือด ร้อยละ 7.7 (95% CI: 5.0–10.9%) และมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 22.4 (95% CI: 17.9–27.1%)⁽⁷⁾

จากการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของโรงพยาบาลวานรนิวาส พบว่า ลักษณะพื้นที่ของการให้บริการผู้ป่วยเข้าฟอกไตนั้นมีอยู่อย่างจำกัดเพียง 4 ตารางเมตรต่อผู้ป่วย 1 ราย และมีระยะห่างแต่ละเตียงประมาณ 0.5-1 เมตรเท่านั้น ทำให้เกิดความแออัดทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรที่ต้องให้บริการผู้ป่วยตลอดเวลาขณะรับการฟอกไต การปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมทำได้ค่อนข้างยาก จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการแพร่กระจายติดเชื้อโควิด-19 ในหน่วยฟอกไตได้ง่าย และสามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่น หรือบุคลากรหน่วยงานอื่นได้เร็ว⁽⁸⁾

ประกอบกับตัวผู้ป่วยเองยังขาดความตระหนักต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ขณะนี้รอรับบริการฟอกเลือด อีกด้วย/ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ใน หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาของเคมมิส และแมคทาากา⁽⁹⁾ มาใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาปรับปรุงระบบการป้องกันการติดเชื้อของหน่วยฟอกเลือดให้ครอบคลุมในทุก ๆ มิติ ทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการ⁽⁸⁾ อันส่งผลต่อการ จัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยฟอกเลือดที่เข้า รับบริการในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร จำนวน 119 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแล ผู้ป่วยในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 14 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยฯ จำนวน 38 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานฯ จำนวน 12 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์กำหนด ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายที่เข้ารับการฟอกเลือดในหน่วยฟอกไตเทียม เป็นผู้ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน พูด สื่อสารเข้าใจและ ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน คือ มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของหน่วยฟอกเลือด จำนวน 12 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเวลาทั้งสิ้น 15 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดและเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการ ฟอกเลือด ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก และของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอก เลือดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน
3. แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือด และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ทำทุกครั้ง ทำบางครั้ง และไม่ทำเลย โดยมีการให้คะแนน 2,1 และ 0 ตามลำดับ

4. แบบสังเกตการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยทำเครื่องหมายถูกลงในช่องว่างตรงข้อความที่สามารถปฏิบัติได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ จนเป็นที่ยอมรับว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร จากนั้นแบบวัดความรู้ไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (KR-20) ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก โดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ 0.71 และ 0.74 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ป่วยและของบุคลากรทั้ง 2 ฉบับ นำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.78 และ 0.83 ตามลำดับ ส่วนการหาความเชื่อมั่นแบบสังเกตการปฏิบัติด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากร ทั้ง 2 ฉบับ นำไปทดลองสังเกตการปฏิบัติ จำนวน 10 เหตุการณ์ จากนั้นมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของการสังเกตได้ค่าเท่ากับ 1

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.การวางแผน (planning) โดยทำการศึกษาแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินการในการพัฒนาระบบงาน รวมทั้งศึกษาสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามคำแนะนำของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁰⁾

2.การปฏิบัติ (Acting) โดยดำเนินการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกลุ่มผู้ป่วยได้จัดกิจกรรมในการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติโดยการใส่หน้ากาก การล้างมือ การเว้นระยะห่าง และการสังเกต (observing) การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการสะท้อนผล (reflecting) เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง และรับฟังข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยและญาติ ในส่วนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานนั้นจัดกิจกรรมในการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติเหมือนกับกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยแต่จะแตกต่างกันคือ มีฝึกการสวมใส่ชุด PPE และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3. การประเมินผลการพัฒนาระบบฯ จากการปรับเปลี่ยนแผนและการปฏิบัติในการพัฒนาระบบฯ จากนั้นวัดความรู้แบบสอบถามการปฏิบัติตัวและสัดส่วนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 กับแบบสอบถามชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดย การตีความ ให้คำอธิบายการปรับเปลี่ยนวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติ ตัวแปรเชิงปริมาณโดยการใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาระบบฯ โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test ใช้สถิติ Chi-square Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2022-005 ลงวันที่ 19/ 04 / 2565 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วผู้ศึกษาขออนุญาต หัวหน้างานไตเทียมโรงพยาบาลวานรนิวาส เพื่อทำการศึกษาโดย ผลสรุปของการศึกษาจะนำเสนอเป็น ภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษ พบว่า

ผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของโรงพยาบาลวานรนิวาส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.40 ส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกันคือ อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 31.60 รองลงมา คือ อายุ 61-70 ปี และอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.90 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.40 มากที่สุด รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.70 มีโรคร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไป ร้อยละ 71.10 รองลงมา คือ โรคไตวาย ร้อยละ 28.90 ส่วนใหญ่เดินทางมาฟอกเลือดโดยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 89.50 รองลงมา คือ รถโดยสารประจำทาง ร้อยละ 10.50 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 100 โดยได้รับความรู้จากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 94.70 รองลงมา คือ จากบุคลากร สุขภาพ ร้อยละ 5.30 เป็นต้น

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือดของโรงพยาบาลวานรนิวาส ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 มีอายุน้อยกว่า 31 ปี ร้อยละ 41.7 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 และอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.0 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.0 มากที่สุด รองลงมาคือ ระดับอนุปริญญาตรี ร้อยละ 41.7 และน้อยที่สุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 8.3 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 100 โดยได้รับความรู้จากบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 58.3 และจากสื่อออนไลน์หรือสื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 100.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือดมากที่สุด 1.2 ปี ร้อยละ 58.3 และมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 41.7 โดยมีระยะเวลาทำงานน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุดที่จำนวน 5 ปี เป็นต้น

2. การพัฒนาระบบฯ มีการพัฒนาได้ปรับปรุงแผนและแนวทางการปฏิบัติตามสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 ดังนี้ 1) ปรับเปลี่ยนแผนการจัดการกรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 2) ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และแนวปฏิบัติการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 3) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันให้เพียงพอพร้อมใช้

4) ปรับเปลี่ยนแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยและบุคลากรตามสถานการณ์การระบาด 5) ปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการสอบสวนโรค ตามวงจรของการพัฒนาระบบ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วงล้อที่ 1		วงล้อที่ 2	
ระยะที่ 1	ระยะที่ 2		ระยะที่ 3
Planning	Acting	Re-planning	Evaluation
1. กำหนดแผนการพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขจนถึงแผนขององค์กร โดยมีเป้าหมาย ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ในหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. กำหนดแผนการให้ความรู้ผู้ป่วยฟอกเลือดและบุคลากร 3. กำหนดแผนจัดสร้างห้องฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะ	1. การจัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหน่วยฟอกเลือด 2. จัดทำสื่อแนวทางปฏิบัติฯ 3. จัดทำแผนการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยสอนตั้งแต่เวลา 8.00น เป็นต้นไปทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ จนกว่าจะครบทุกคน ส่วนบุคลากรนัดสอนในวันอาทิตย์ 4. จัดทำแบบ check-list อุปกรณ์ที่ใช้ดำเนินการพัฒนาระบบ 5. สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินผลการพัฒนา 6. ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้กับผู้ป่วยและบุคลากร 7. การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เช่น แอลกอฮอล์ล้างมือแบบใช้เท้าเหยียบ ปลอกแขนวัดความดันโลหิต โปสเตอร์เตือนและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ Observing โดย สังเกตการปฏิบัติและความพอเพียงอุปกรณ์ และ Reflecting การปฏิบัติที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง	เนื่องจากสถานการณ์การระบาดหนักของโรคโควิด-19 ทุกโรงพยาบาลต้องให้บริการผู้ป่วยที่ติดเชื้อได้ จึงได้กำหนดให้ผู้ป่วยฟอกเลือดมารับการฟอกเลือดในรอบที่ 4 โดยการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมห้องฟอกเลือดให้เอื้อต่อการให้การพยาบาลในด้านการป้องกันการติดเชื้อ กำหนดแนวปฏิบัติเพิ่มเติม Acting 1. การเพิ่มรอบการฟอกเลือดผู้ป่วยที่ติดเชื้อ 2. เพิ่มการตรวจ ATK (Antigen test kit) กรณีผู้ป่วยที่พบผล ATK บวก นำส่งผู้ป่วยเข้าระบบการรักษาที่ Cohort ward 3. ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติซ้ำการปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง 4. ปรับเปลี่ยนแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตามระบาดวิทยาของโรคโควิด-19 Observing โดย สังเกตการปฏิบัติฯ และ ประเมินความพอเพียงของวัสดุอุปกรณ์เฝ้าระวัง/สอบสวนโรคในผู้ป่วยและบุคลากร Reflecting โดยเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง	โดยการปรับปรุงแผนการปรับแนวปฏิบัติตามสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ให้มีพร้อมใช้พอเพียง การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ และการฝึกซ้ำในการปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง การสังเกตการปฏิบัติ การเฝ้าระวัง และการสะท้อนข้อมูลกลับ จนสามารถให้บริการฟอกเลือดทั้งในกลุ่มไม่ติดเชื้อและติดเชื้อได้อย่างต่อเนื่อง

3. ผลการพัฒนาได้ปรับปรุงแผนและแนวทางการปฏิบัติตามสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 หลังจากการนำระบบที่พัฒนาแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

3.1 ด้านความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19

1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นจาก 11.0 คะแนน เป็น 15.0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยในหน่วยฟอกเลือด ($n=38$)

ความรู้	คะแนนเต็ม	คะแนน		Median	IQR	Wilcoxon signed-rank test	
		ต่ำสุด	สูงสุด			Z	p-value
ก่อนให้ความรู้	16	6	15	11.00	4	-5.174	.000*
หลังให้ความรู้	16	13	16	15.00	1		

* $p < 0.05$

2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือด มีคะแนนความรู้มีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นจาก 12.0 คะแนน เป็น 14.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของบุคลากรในหน่วยฟอกเลือด ($n=12$)

ความรู้	คะแนนเต็ม	คะแนน		Median	IQR	Wilcoxon signed-rank test	
		ต่ำสุด	สูงสุด			Z	p-value
ก่อนให้ความรู้	16	8	13	12.0	2.5	-3.077	.002*
หลังให้ความรู้	16	13	16	14.5	1.75		

* $p < 0.05$

3.2 ด้านระดับคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีระดับคะแนนจากแบบสอบถามการปฏิบัติ เพิ่มสูงขึ้นจาก 13.0 คะแนน เป็น 20.0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 32 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับคะแนนแบบสอบถามการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยในหน่วยฟอกเลือด (n=38)

การปฏิบัติ	คะแนนเต็ม	คะแนน		Median	IQR	Wilcoxon signed-rank test	
		ต่ำสุด	สูงสุด			Z	p-value
ก่อนการพัฒนา	32	6	16	13.00	3	-5.385	.000*
หลังการพัฒนา	32	15	25	20.00	4		

* $p < 0.05$

2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือด มีระดับคะแนนจากแบบสอบถามการปฏิบัติเพิ่มสูงขึ้นจากเพิ่มสูงขึ้นจาก 34.0 คะแนน เป็น 39.0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 46 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($< .05$) แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนในแบบสอบถามการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของบุคลากรในหน่วยฟอกเลือด (n=12)

การปฏิบัติ	คะแนนเต็ม	คะแนน		Median	IQR	Wilcoxon signed-rank test	
		ต่ำสุด	สูงสุด			Z	p-value
ก่อนการพัฒนา	46	32	37	34.0	2.75	-2.967	.003*
หลังการพัฒนา	46	35	41	39.0	1.75		

* $p < 0.05$

3.3 การเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19

1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยภาพรวมเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กิจกรรมที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยให้คลุมถึงคาง แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบสัดส่วนและร้อยละการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้ป่วยในหน่วยฟอกเลือด ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=38)

การปฏิบัติ	การปฏิบัติที่ถูกต้อง				Fisher
	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		exact test
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	χ^2 / p-value
การทำความสะอาดมือ					
1. ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลอย่างน้อย 20 วินาที	(0/38)	0.0	(24/38)	63.2	-
2. ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	(23/38)	82.1	(34/38)	89.5	.480
3. ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนเข้าไปรับบริการในห้องฟอกเลือด	(38/38)	100.0	(38/38)	100.0	-
การสวมและถอดหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย					
1. สวมหน้ากากอนามัยโดยหันด้านที่เป็นมันหรือมีสีเข้มออกข้างนอก	(38/38)	100.0	(38/38)	100.0	-
2. จัดให้ขอบลวดหน้ากากอนามัยพอดีกับสันจมูก	(15/38)	39.5	(19/38)	50.0	.319
3. สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยให้คลุมถึงคาง	(24/38)	63.2	(32/38)	84.2	.018*
การเว้นระยะห่างทางสังคม					
1. นั่งเว้นระยะห่างระหว่างจากผู้ป่วยคนอื่น 1-2 เมตร ขณะนั่งรอฟอกเลือด	(20/38)	52.6	(38/38)	100.0	-
2. ไม่นั่งรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้ป่วยรายอื่น	(38/38)	100.0	(38/38)	100.0	-
รวม	(196/304)	64.5	(261/30)	85.9	.000*

* Pearson chi-square / * p<0.01

หมายเหตุ : ตัวเลขเศษ คือ จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง และตัวเลขส่วน คือ จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด

2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือด มีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยภาพรวมเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กิจกรรมที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) คือ หลังถอดถุงมือล้างมือทุกครั้ง แสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบสัดส่วนและร้อยละการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของบุคลากรในหน่วยฟอกเลือด ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=12)

การปฏิบัติ	การปฏิบัติที่ถูกต้อง				Fisher exact test
	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		χ ² /p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
การทำความสะอาดมือ					
1. ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลอย่างน้อย 20 วินาที	(6/12)	50.0	(9/12)	75.0	.091
2. ล้างมือก่อนเข้าไปปฏิบัติงานในห้องฟอกเลือดและก่อนออกจากห้องฟอกเลือด	(7/12)	58.3	(12/12)	100.0	-
3. ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนเข้าไปในห้องฟอกเลือด	(7/12)	58.3	(10/12)	83.3	.061
การสวมและถอดหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย					
1. สวมหน้ากากอนามัยโดยหันด้านที่เป็นมันหรือมีสีเข้มออกข้างนอก	(12/12)	100.0	(12/12)	100.0	-
2. จัดให้ขอบลวดหน้ากากอนามัยพอดีกับสันจมูก	(8/12)	66.7	(12/12)	100.0	-
3. สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย	(12/12)	100.0	(12/12)	100.0	-
4. ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย	(12/12)	100.0	(12/12)	100.0	-
การเว้นระยะห่างทางสังคม					
นั่งรับประทานอาหารร่วมกันเว้นระยะห่างจากเพื่อนร่วมงานอย่างน้อย 1 เมตร	(3/12)	25.0	(7/12)	58.3	.159
การใส่และการถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล					
1. ใส่เสื้อคลุมพลาสติกตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย	(6/12)	50.0	(12/12)	100.0	-
2. หลังถอดถุงมือ ล้างมือทุกครั้ง	(4/12)	33.3	(10/12)	83.3	.045*
การใส่และการถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล					
ใส่เสื้อคลุมพลาสติกตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย	(6/12)	50.0	(12/12)	100.0	-
หลังถอดถุงมือ ล้างมือทุกครั้ง	(4/12)	33.3	(10/12)	83.3	.045*

ต่อตารางที่ 7 การเปรียบเทียบสัดส่วนและร้อยละการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของบุคลากรในหน่วยฟอกเลือด ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=12)

การปฏิบัติ	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		Fisher exact test	
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	X ² /p-value	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
การทำความสะอาดและทำลายเชื้อใน				
สิ่งแวดล้อม				
1 ล้างห้องน้ำโดยใช้น้ำยา 0.5 %	(5/12)	41.7	(12/12)	100.0
โซเดียมไฮโปคลอไรด์ เปรดพื้นและโถ				
ส้วม 15 นาที ก่อนทำความสะอาด				
ทำความสะอาดพื้น โดยใช้ น้ำยา 0.05 %	(9/12)	75.0	(12/12)	100.0
โซเดียมไฮโปคลอไรด์ เริ่มถูจากบริเวณ				
สะอาดก่อนแล้วไปบริเวณที่สกปรก				
รวม	(91/14)	63.2	(132/144)	91.7
				.003*

วิจารณ์

การดำเนินการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในหน่วยฟอกเลือดด้วยไตเทียมของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลในครั้งนี้ เป็นการแก้ไขปัญหาที่เร่งด่วน ที่ต้องการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในขณะที่ยังคงเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ ดังนั้นในการดำเนินการแก้ปัญหา จึงต้องมีการยึดหยุ่นในแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตามคำแนะนำของ CDC⁽¹⁰⁾ อย่างเคร่งครัด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งระบบที่ดี มีมาตรฐานกับการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) ซึ่งในการพัฒนาระบบนั้นเมื่อครบวงจรในการพัฒนาในวงล้อที่ 1 แล้วได้พิจารณาปรับปรุงแผน (Re-planning) และดำเนินการในวงล้อที่ 2⁽⁹⁾ ต่อไป และภายหลังการพัฒนาระบบฯ พบว่า ในการจัดทำแผนที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงจนไปจนถึงแผนระดับหน่วยงานนั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนแผน เพื่อให้หน่วยงานสามารถดำเนินงานได้ทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรคได้อย่างทันทั่วถึง ดังเช่นการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติด้านผู้ป่วย ได้กำหนดเวลานัดที่ชัดเจนในการมาฟอกเลือดและสามารถโทรศัพท์ประสานมาก่อนล่วงหน้า ทำให้อัตราการปฏิบัติการวันระหว่างทางสังคมในผู้ป่วยฟอกเลือด ร้อยละ 100 สำหรับกรณีผู้ป่วยมีผลยืนยันโควิด-19 ในช่วยที่สถานการณ์การระบาดหนักตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ทำให้ไม่สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดสกลนครได้ ดังนั้น หน่วยงานฟอกเลือดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีฟอกไตใหม่ โดยปรับให้ผู้ป่วยมารับการฟอกเลือดที่

หน่วยฟอกเลือดไตเทียมซึ่งนับเป็นรายสุดท้ายของวันนั้น จากนั้นกำหนดให้ผู้ป่วยทุกรายต้องใส่หน้ากากอนามัยถึง 2 ชั้นร่วมกับการสวมใส่ Face-shield ขณะฟอกเลือดด้วย

สำหรับการปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อ คือ การปิดเครื่องปรับอากาศ เปิดประตูเข้าห้อง และให้ฟอกไตเพียงที่ชุดประตูด้านผู้ป่วย หลังเสร็จสิ้นการฟอกเลือดแล้ว จึงให้ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการอบห้องด้วยเครื่องยูวี นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำแผนสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการดำเนินการพร้อมกับการประเมินปริมาณที่จำเป็นต้องใช้เป็นระยะ ๆ และการจัดสรรให้มีความพอเพียงต่อความต้องการและพร้อมใช้เสมอ โดยสนับสนุนแอลกอฮอล์ล้างมือ หน้ากากอนามัย ใว้ให้บริการผู้ป่วยฟอกเลือดกรณีที่ไม่ได้ใส่มาจากบ้าน ส่วนการคัดกรองผู้ป่วยก่อนการพัฒนาระบบฯ นั้นได้ใช้แบบคัดกรองที่จัดกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งหลังจากมีการพัฒนาระบบฯ แล้ว จึงได้เพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยฟอกเลือดโดยการตรวจ ATK ทุกรายตามแนวปฏิบัติของกรมควบคุมโรค⁽¹¹⁾ สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือดนั้น ได้มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างเข้มข้น ประกอบกับการติดตามสถานการณ์การระบาดของสายพันธุ์เดลต้าและสายพันธุ์โอมิครอน และกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดที่ติดเชื้อโควิด-19 มีการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19⁽¹²⁾ นอกจากนี้จากการพัฒนาระบบในขั้นตอนปฏิบัติ โดยการให้ความรู้แบบภาพรวม และการฝึกการปฏิบัติการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อทั้งในผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงมีการสังเกตการปฏิบัติ เมื่อพบว่ายังปฏิบัติไม่ถูกต้องได้สะท้อนข้อมูลกลับ และมีการสอนและฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ เพื่อทำให้เกิดความชำนาญ จนทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้นจากก่อนพัฒนา และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้ก่อนหลังพัฒนาระบบฯ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ($p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นการบริการพยาบาลที่มีจุดมุ่งหมายหลักของการดำเนินงาน คือ การควบคุมคุณภาพการพยาบาลในด้านความปลอดภัยจากการติดเชื้อของผู้ใช้บริการและบุคลากรทางการพยาบาล การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล และการสนับสนุนทางวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยต้องใช้กระบวนการติดตาม เฝ้าระวัง วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ที่จะนำไปสู่การป้องกันและควบคุมติดเชื้อในโรงพยาบาล⁽¹³⁾

สำหรับคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 นั้น หลังการพัฒนาระบบฯ พบว่าทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฟอกเลือด มีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ($p < .05$) ตามลำดับ และสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องโดยภาพรวมเพิ่มสูงขึ้น

ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ($p < .03$) ตามลำดับ จากผลการสอบสวนโรคตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน 2565 พบผู้ป่วยพอกเลือดและบุคลากรติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ติดเชื้อนี้ติดเชื้อจากชุมชน ทั้งหมดได้รับการคัดแยกและปฏิบัติตามระบบการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ได้กำหนดไว้ ทำให้ไม่เกิดการแพร่กระจายในหน่วยพอกเลือด และช่วยให้ระบบการให้บริการในหน่วยพอกเลือดสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง หลังการเข้ารับการรักษากลับผู้ป่วยทุกรายปลอดภัย จึงช่วยลดผลกระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ พบว่า หลังการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยการคัดกรองผู้ป่วย บุคลากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แยกห้องพอกเลือดสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยเฉพาะ แบ่งรอบเวลาการพอกเลือดที่ชัดเจน กำหนดให้ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรเคร่งครัดในการปฏิบัติการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม และบุคลากรเพิ่มการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่เหมาะสม ส่งผลให้หน่วยพอกเลือดนี้มีอัตราบุคลากรติดเชื้อ ร้อยละ 9.3 ซึ่งต่ำกว่าในอิตาลีที่พบบุคลากรติดเชื้อสูงร้อยละ 33.0 ส่วนอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยพอกเลือดพบ ร้อยละ 5.7 ซึ่งต่ำกว่าอิตาลีเช่นกัน ที่พบสูงถึงร้อยละ 19.9⁽⁸⁾ ดังนั้น การดำเนินการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 นี้ จึงควรดำเนินการพัฒนาตั้งแต่เนิ่น ๆ จึงจะสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อของโรคได้เป็นอย่างดี

เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่สามารถแพร่ระบาดได้รวดเร็ว ทำให้หน่วยพอกเลือดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่มีพื้นที่จำกัดในการอยู่รวมกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อจากกันและกัน จากการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อในครั้งนี้ ทำให้หน่วยพอกเลือดมีระบบที่ดีพอ ที่จะรองรับการพอกเลือดให้กับผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยให้บริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ดำเนินการในช่วงที่มีการระบาดอย่างหนัก ซึ่งมีข้อจำกัดกับการปฏิบัติในหลาย ๆ ด้าน ปัจจุบันการติดเชื้อโควิด-19 ยังคงมีอัตราการแพร่กระจายเชื้อที่ลดลง ดังนั้นในการปฏิบัติงานในการป้องกัน ควบคุมโรค จึงควรดำเนินการที่เคร่งครัดและต่อเนื่อง และในกิจกรรมของการพอกเลือดให้กับผู้ป่วยก็ควรมีการจัดสร้างห้องพอกเลือดที่มีลักษณะแยกสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะ เพราะจะทำให้ระบบการป้องกันการติดเชื้อภายในหน่วยงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาสที่กรุณาให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ในหน่วยฟอกเลือดของโรงพยาบาลวานรนิวาส รวมทั้งผู้รับบริการในหน่วยฟอกเลือด และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ร่วมมือ ร่วมใจในการปฏิบัติ เพื่อการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 อย่างเคร่งครัด จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่นด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports [Internet]. [Cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ COVID-19 ประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>.
3. โรงพยาบาลวานรนิวาส. งานระบาดวิทยาโรงพยาบาลวานรนิวาส: ทะเบียนผู้ป่วยโควิด-19 ปี พ.ศ. 2564
4. Eqbi O, Adejumo O, Akinbodewa A. Coronavirus infection and kidney disease: a review Of current and emerging evidence. Pan African Medical. 2020; 37: 149.
5. Simon R, Chantal F, Ski L, Flaherty E, David R, Susan L, et all. Design and protocol for the Dialysis Optimal Health Program (DOHP) randomized controlled trial. 2016. Trials, 17:447
6. Huang L, Wang Y, Lisheng W, Lu Y, Liu Q. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia In a hemodialysis patient: A case report. Medicine.2020; 99 (27): e20956.
7. Chen C, Shao S, Chen Y, Hsu C, Hsu H, Lee C, et all. Incidence and Clinical Impacts of COVID-19 Infection in Patients with Hemodialysis: Systematics Review and Meta-Analysis of 396,062 Hemodialysis Patients. Healthcare Journals. 2021; 9(1): 1-14.
8. Ibernion M, Buen I, Rodriguez-Farre N, Ruiz P, Sanchez A, Masso E, et al. The impact of COVID-19 in hemodialysis patients: Experience in a hospital dialysis unit. Hemodial Int. 2021; 25(2): 205–213.
9. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. (3rd Ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press: 1988.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Additional Guidance for Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed COVID-19 in Outpatient Hemodialysis Facilities. [Internet]. [Cited 2020 Jan 16]. Available From: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dialysis.html#screening-triage-Management>.

11. กรมควบคุมโรค. (2564).แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) กรมควบคุมโรค ฉบับวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt_221264.pdf
12. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ กรณีโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/G32.pdf.
13. โรงพยาบาลสิริธร. มาตรฐานการบริการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sirindhornhosp.go.th/userfile/file/nursing_standards/14.pdf