



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province Journal

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province.
Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

รายงานผลการวิจัยและบทความวิชาการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

2

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

Volume 7 No.2 July-December 2023 ISSN : 2539-6676

สารบัญ / นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า / Page	Contents / Original Articles
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ลักขณา พ่องพุท พยม. (การบริหารการพยาบาล) โรงพยาบาลนภลัย	12	Factors Associated with Self-care Behavior of Uncontrol Blood Sugar Levels Diabetes Patients, Napolai Hospital, Samutsongkhram Province Lukkana Pongput M.N.S (Nursing Management) Napolai Hospital
ความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า กมลรัตน์ ชวนินี พยม. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	26	Knowledge, Attitude and Self-Prevention Practice against COVID-19 Pandemic among Healthcare Workers in Somdetphraphutthaloetla Hospital. Kamonrat Chuanianee Somdetphraphutthaloetla Hospital
ผลของโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังในบุคลากรโรงพยาบาลพิจิตร เพชรรัตน์ เสรีพงศ์ พย.บ. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร	39	Effects of Ergonomics program with stretching exercise training on low back pain, back muscle strength, and flexibility among healthcare workers in Phichit Hospital PetcharatSereepong, B.N.S. Department of Occupational Medicine, Phichit Hospital
การประเมินผลโครงการและข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี สุรภา ขุนทองแก้ว วท.ม. (วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ) นางสลิลดา มั่นคง พย.บ (พยาบาลวิชาชีพ)	53	Evaluation of projects and policy proposals for prevention and resolution of injury and death from the main road accident in Ratchaburi Province Surapa Khuntongkaew (Social and Health System Management) M.S. Salinda munkong (Bachelor of Nursing Science)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี वलันต์ เกษมศรี, ชนินทร์ อุทยาน ธัญชนก ฉลาดเลิศ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์หัก	69	Factors related to self-care behavior of the elderly in the Ban-That Elderly Club, Chedi-Hak Subdistrict, Mueang District, Ratchaburi Province Wasan Kasemsri, Chanin Utthayan, Thanchanok Chalatoed , Chedi-Hak Subdistrict Health Promotion Hospital
อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ นิสิต บุญนาค , ศรีรัตน์ กลิ่นเพย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์	80	Incidents and Factors Correlated with Mortality among Pulmonary Tuberculosis Patients in Prachuap Khiri Khan Province Nisit Boonnak , Srirat jlinpeiy Prachuapkhirikhan Provincial Public Health Office

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ และเป็นฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าอ้างอิง จากแหล่งข้อมูลการวิจัย และการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข
2. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุขมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นแนวทางการดำเนินงาน

1. คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|-----|-----------------------|--|
| 1.1 | นางรพีพรรณ โปธิ์ทอง | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
| 1.2 | นายอนุพงศ์ สุจริยากุล | นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค |
| 1.3 | นายพงศ์ธร ชาติพิทักษ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ |
| 1.4 | นายอรรถพล ชีพสัตยากร | อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น |

2. บรรณาธิการ

- | | | |
|-----|-------------------|--|
| 2.1 | นายพราน ไพรสุวรรณ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
|-----|-------------------|--|

3. กองบรรณาธิการ

- | | | |
|-----|-------------------------|--|
| 3.1 | นางสาวจุฑาทิพย์ ชมภูนุช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3.2 | นางฉวีรัตน์ อติรัตน์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3.3 | นายมานิต คงแป้น | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 3.4 | นายไกรฤกษ์ สุธรรม | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 3.5 | นายชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 3.6 | นายวรยุทธ นาคอ้าย | วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี |

- 3.7 นางสาววิญญูศิลา ทรัพย์ประเสริฐ วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
- 3.8 นางสาวเหลืองแก้ว โกยทรัพย์ วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
- 3.9 นายเดชา วรรณพาทูล วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
- 3.10 นางสาวทิพสุคนธ์ บำรุงวงศ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 3.11. ร้อยเอกหญิงสุพัตรา นุตร์ักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- 3.12. นางสาววรรณไพโร แยมมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

4. ผู้จัดการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

- 4.1 นายภควัต กุลจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

5. ฝ่ายจัดการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

- 5.1 นายสุประสันน์ วิริยะวงศานุกูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- 5.2 นางโสภา วิชยพงศ์กุล นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

6. คณะผู้จัดทำวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

- 6.1 นายไกรฤกษ์ สุธรรม นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- 6.2 ว่าที่ร้อยตรีอนุสรณ์ ภาวภูตานันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- 6.3 นายกี โพธิ์เงิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- 6.4 นางสาวศุภลักษณ์ แยมสกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- 6.5 นายภควัต กุลจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- 6.6 นางกานต์ชนก อุบลบาน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
- 6.7 นางสาวพวงเพชร อภิรักษ์อินทรีย์ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง มกราคม , กรกฎาคม

พิมพ์ที่ : บริษัท ธรรมรักษ์การพิมพ์ จำกัด โทร. 0-3232-5534-5 โทรสาร 0-3232-7344

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี เป็นวารสารทางวิชาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข ได้มีเวทีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ แนวทางการปฏิบัติงานร่วมกัน และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์กับบุคลากรเครือข่าย โดยใช้เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงในการศึกษา ค้นคว้า และวิจัย ที่เป็นลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ปีละ ๒ ฉบับ

ฉบับที่ ๑ ประจำเดือน มกราคม – มิถุนายน ตีพิมพ์สัปดาห์ท้ายของเดือน มิถุนายน

ฉบับที่ ๒ ประจำเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม ตีพิมพ์สัปดาห์ท้ายของเดือน ธันวาคม

รับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ ๑ ภายในเดือน มีนาคม ฉบับที่ ๒ ภายในเดือนกันยายน ยินดีรับบทความทางวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัย บทความพื้นวิชา รายงานการสอบสวนโรค การพยากรณ์โรค หรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรืออยู่ระหว่างตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการวารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ ก่อนหลังโดยมีการพิจารณาตามขั้นตอน ดังนี้

๑. ผู้ส่งเรื่องตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกา
๒. ผู้ส่งเรื่องต้องกรอกแบบฟอร์มใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ พร้อมเอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน ๑ ชุด โดยจัดทำเป็นไฟล์เอกสาร Microsoft Word และส่งไฟล์ Microsoft Word ที่ E-mail : odpc5journal@gmail.com
๓. กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ
๔. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้เชี่ยวชาญ (Peer Review) ในสาขานั้นๆ เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ อ่านบทความ และตัดสินว่าบทความดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ หรือปฏิเสธ หรือให้กลับไปปรับปรุงแก้ไข ก่อนรับรองให้ลงพิมพ์วารสาร จำนวน ๓ ท่าน ต่อเรื่อง
๕. ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นให้ปรับปรุงแก้ไข กองบรรณาธิการวารสารฯ จะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
๖. เรื่องที่ได้พิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความถูกต้องและจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี
๗. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม
๘. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
๙. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญยอมรับให้ตีพิมพ์ได้

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

๑. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

๒. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
วัตถุประสงค์และวิธีการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุป เปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำวิจารณ์ด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง ๒. การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ๓. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข ๑ สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ๔. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

๓. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้หมายเลข(๑) ด้วย สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อ และชื่อย่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง(เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป) ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อย่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์และรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

๓.๑ การอ้างอิงเอกสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร/ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์:เล่มที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก.วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อย่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช

ตัวอย่าง เช่น ธีระ รามสูต, นิวัติ มนตรีวิสุวดี, สุรศักดิ์ ลัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน ๕๘๘ ราย. วารสารโรคติดต่อ ๒๕๒๗;๑๐:๑๐๑-๒.

ข.วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า ๖ คน ให้ใส่ชื่อเพียง ๖ คนแรก แล้วตามด้วย et.al. หรือและคณะ ถ้าเป็นภาษาไทย ใช้ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

ตัวอย่าง เช่น Fischl MA, Dickinson GM, Scottn GB. Evaluation of Heterosexual partner, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA ๑๙๘๗;๒๕๗:๖๔๐-๔.

๓.๒ การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น ๒ ลักษณะ

ก.การอ้างอิงทั้งหมด

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

ตัวอย่าง เช่น Toman K. Tuberculosis cas-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; ๑๙๗๙.

ข.การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

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

ตัวอย่าง เช่น ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, ตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: รวมทรรศน์;๒๕๓๓. หน้า ๑๑๕-๒๐.

๓.๓ เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

ตัวอย่าง เช่น Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the ๑๐th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; ๑๙๙๕ Oct ๑๕-๑๙; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; ๑๙๙๖.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ,บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์;ปีพิมพ์.หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น Bengtsson S, Solheim BG.Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics.In:Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MED-NFO ๙๒. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; ๑๙๙๒ Sep ๖-๑๐; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; ๑๙๙๒. P. ๑๕๖๑-๕.

๓.๕ เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง เช่น เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๔๒. ๘๐ หน้า.

๓.๖ การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก.วารสารอิเล็กทรอนิกส์

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

ตัวอย่าง เช่น Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci. [internet]. ๒๐๑๓ [cited ๒๐๑๓ Nov ๕]; ๑๘:๕๒-๕. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข.หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

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

ตัวอย่าง เช่น Mewertris M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain of family budgets [Internet]. New York. Commonwealth Fund; ๒๐๐๖ Feb [cited ๒๐๐๖ Oct ๒]. ๒๓ p. Available from: http://www.cmf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_๘๘๗.pdf

ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๓ ต.ค. ๒๕๕๕]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

๔. การส่งต้นฉบับ

๔.๑ การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด โดยจัดทำเป็นไฟล์เอกสาร Microsoft Word และส่งไฟล์ Microsoft Word ที่ Email : odpc5journal@gmail.com

๔.๒ ภาพประกอบถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

๕. การรับเรื่องต้นฉบับ

๕.๑ เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ ผู้เชี่ยวชาญ (Peer Reviewer) อย่างน้อย ๓ ท่าน ร่วมพิจารณา

๕.๒ เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

๕.๓ เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะนำเล่มวารสารเข้าสู่เว็บไซต์ <http://ddc.moph.go.th/odpc5/journal.php> ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดวารสารได้

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

ติดต่อประสานงาน

๑. กลุ่มพัฒนานวัตกรรม วิจัยและดิจิทัล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี
๑๒๓/๒๐๒ ถนนเพชรเกษม ซอย ๑ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐
Email : odpc5journal@gmail.com โทร. ๐๓๒-๓๑๐๘๐๒
๒. นายสุประสันน์ วิริยะวงศานุกุล โทร. ๐๘๑-๘๘๓๓๓๐๙

ใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

.....

2. ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

.....

3. ผู้นิพนธ์

.....

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

4. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

6. สิ่งที่ส่งมาด้วย ⇒ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล

 ⇒ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิชาการนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นหากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงชื่อ..... เจ้าของบทความ/ผลงานวิชาการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

1. ต้นฉบับบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้อักษร TH SarabunPSKขนาด 16 สำหรับภาพประกอบถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพถ่ายดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกออกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

2.1 ใบสมัครและเอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวส่งที่ กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถนนศรีสุริยวงศ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี 70000 โทร.032-310802 และมีมือถือ 081-8933309

2.2 เอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ส่งเป็น Electronics File พร้อมระบุชื่อ Le (กิตติกรรมประกาศ) และระบบที่ใช้ พิมพ์ด้วยโปรแกรม Ms Word ที่ E-mail: odpc5journal@gmail.com

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้ดำเนินการมาถึงฉบับนี้เป็นปีที่ 7 ยิ่งคงความเข้มข้นด้วยสาระความรู้และเนื้อหาสาระทางวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับผู้อ่านทุกท่าน สำหรับในฉบับนี้มีนิพนธ์ต้นฉบับหลายเรื่องที่น่าสนใจ อยากรู้เชิญชวนให้ผู้อ่านได้หาความรู้ ได้แก่ เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม เรื่องความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เรื่องผลของโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังในบุคลากรโรงพยาบาลพิจิตร เรื่องการประเมินผลโครงการและข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และปิดท้ายด้วยเรื่องอุบัติเหตุการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สุดท้ายเรามีความมุ่งมั่นตั้งใจเสนอผลงานทางวิชาการและความรู้เพื่อเป็นสื่อกลางการพัฒนาเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป กองบรรณาธิการขอเรียนว่าเรายินดีต้อนรับ บทความทางวิชาการและงานวิจัยด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากทุกท่าน นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราที่ <https://ddc.moph.go.th/odpc5/journal.php>

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Associated with Self-care Behavior of Uncontrol Blood Sugar Levels Diabetes
Patients, Napalai Hospital, Samutsongkhram Province

ลักขณา ผ่องพุท พยม. (การบริหารการพยาบาล) Lukkana Pongput M.N.S (Nursing Management)
โรงพยาบาลนภลัย Napalai Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง การเกิดโรคแทรกซ้อน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 298 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกการรักษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และ Multiple regression analysis ด้วยวิธี Enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 76.5 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 12.1 และ 11.4 อยู่ในระดับสูง และต่ำ เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 88.3 ซึ่งพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย ไชมันในเลือดสูง ถึงร้อยละ 75.5, 36.2 และ 19.5 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้แก่ เพศ (หญิง) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม และให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study the self-care behaviors, the occurrence of complications, factors associated with self-care behavior of uncontrol blood sugar levels diabetes patients. The subjects were 298 Thai people who had been diagnosed with type 2 diabetes, uncontrol blood sugar levels, 18 years old or older. Data was collected by questionnaire and medical record form, analyzed by descriptive statistics (presented by numbers, percentages, averages, and standard deviations) and multiple regression analysis by Enter method, significance level at 0.05. The study results found that 76.5% of uncontrol blood sugar levels diabetes patients had overall self-care behavior at moderate level, followed by 12.1% and 11.4% self-care behaviors at high and low levels. Complications occurred in 88.3%, including high blood pressure, renal failure, and hyperlipidemia in 75.5%, 36.2%, and 19.5%, respectively. Factors associated with self-care behavior of uncontrol blood sugar levels diabetes patients were gender (female), knowledge about diabetes and social support, they were statistically significant positive relationship with self-care behavior. ($p < 0.05$). Recommendations: social support should be promoted and the appropriate self-care behaviors for uncontrol blood sugar levels should be modified increasingly.

Keywords : Diabetes Mellitus, self – care behavior, control blood sugar

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพของ คนทั่วโลกและของคนไทย โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในห้าของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้ ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน⁽¹⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความชุกร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่กว่า 300,000 รายต่อปี⁽²⁾ แต่ละวันมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 200 คน หรือประมาณชั่วโมงละ 8 คน⁽³⁾ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความซับซ้อนที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงของการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ต้องทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเอง และบุคลากรสุขภาพให้การสนับสนุนหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาล โรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาท/ราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาท/ราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานรวม 3 ล้านคนต่อปี มารับบริการที่สถานพยาบาลจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽⁴⁾

โรคเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องการความใส่ใจ การดูแลรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เหมาะสม⁽⁵⁾ เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานคือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารให้อยู่ในระดับ 90–130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C)

น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7⁽⁶⁾ การป่วยเป็นโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือโรคแทรกซ้อนเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคแทรกซ้อนทางไต โรคแทรกซ้อนทางตา จนถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือการถูกตัดเท้า ตัดขา ตาบอดและเสียชีวิต⁽⁷⁾ นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นแล้ว การดำรงชีวิตอยู่กับสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานแย่ลง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.3) และไขมันผิดปกติในเลือดสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 73.3) โรคแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ โรคระบบไต ร้อยละ 43.9 ต้อกระจก ร้อยละ 42.8 ระบบหลอดเลือดขนาดเล็กที่ตา ร้อยละ 30.7 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 8.1 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.4 ตามลำดับ⁽⁸⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ อีกด้วย⁽⁶⁾ การดูแลและการตั้งเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวาน จะเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ⁽⁹⁾

โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม มีผู้มารับบริการรักษาพยาบาลโรคเบาหวาน ปี 2566 (ณ 1 กันยายน 2566) จำนวน 1,966 คน และพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 810 คน (ร้อยละ 41.2) เท่านั้น⁽¹⁰⁾ ผลการดำเนินงานด้านโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลนภลัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อีกทั้งยังพบอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ดังนั้น โรงพยาบาลนภลัยควรจัดบริการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ซึ่งในการดูแลรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น จำเป็นต้องรู้ถึงพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนของปัญหาที่ผู้ป่วยรู้ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนแก้ปัญหาได้ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ควบคุม กำกับ และให้คำปรึกษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลนภลัย จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อนำข้อเท็จจริงจากการศึกษามาวางแผนพัฒนาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลนภลัย ให้มีพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมารักษาที่โรงพยาบาลนภลัย ซึ่งมีจำนวน 1,156 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้
เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มารักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลนภลัย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึงปัจจุบัน อย่างน้อย 2 ครั้ง

2. เป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถตอบคำถามได้

3. เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือมีโรคร่วมรุนแรง

2. มีปัญหาด้านการสื่อสารและ/หรือการทำความเข้าใจ

3. ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมารักษาที่โรงพยาบาลนภลัย จำนวนทั้งสิ้น 1,156 คน

$$e = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้กำหนดให้} = 0.05$$

$$= \frac{1,156}{1 + 1,156 (0.05)^2} = 297.2$$

ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 298 คน ซึ่งเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการรับการรักษาที่โรงพยาบาลนภาลักษณ์สิทธิในการรักษาพยาบาล และการมารักษาตามนัด ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ออกเป็น 3 ระดับ โดยการอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹²⁾ คือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ค่าคะแนนระหว่าง 0 – 49 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)

ค่าคะแนนระหว่าง 50 – 66 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ค่าคะแนนระหว่าง 67 – 84 คะแนน

2. แบบบันทึกการรักษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

เบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ จำนวน 1 ข้อ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยเป็นผู้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน จากข้อมูลที่ผ่านมาถึงในปัจจุบัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ด้านโรคเบาหวาน ด้านการพยาบาล และด้านการวิจัย และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (Reliability) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายในแบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน = 0.70 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม = 0.87 และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม ด้วยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แล้วอธิบายถึงเหตุผลความจำเป็น ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขอเชิญเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มที่สมัครใจ ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยอิสระ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบเมื่อใดก็ได้ตามความสมัครใจ ดำเนินการโดย

1. แบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หรือผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยถามในกรณีที่มีผู้ป่วยดังกล่าวอ่านหนังสือไม่ได้

2. แบบบันทึกการรักษาพยาบาล เก็บข้อมูล โดยการบันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกทะเบียนผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวัด และการซักถามตามประเด็นที่ศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม 2566 ถึง 8 พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (นำเสนอด้วย ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และ Multiple regression analysis ด้วยวิธี Enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ AF 05-09 COA No.2/2567 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.1 มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 66.1 มีอายุ โดยเฉลี่ย 63.1 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 57.4 ในเรื่อง อาชีพนั้น พบว่า ทำงานบ้าน / ไม่ได้ทำงาน มีอาชีพ เกษตรกรรมมากที่สุด คือ ร้อยละ 29.2 มีรายได้เฉลี่ย 8,847.3 บาท เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการ รักษาพยาบาล ร้อยละ 72.1 สำหรับในเรื่องระยะเวลา การป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า โดยเฉลี่ยป่วยมานาน 10.6 ปี มาได้รับการรักษาตามนัดทุกครั้งถึงร้อยละ 88.9 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.8 มีความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 26.2 และ 4.0 มีความรู้ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำแนก รายประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ดี ในเรื่องต่างๆ มากกว่าร้อยละ 70.0 ในเกือบทุก ประเด็น ยกเว้นในเรื่องโรคเบาหวานเป็นโรคทาง กรรมพันธุ์ และความไม่สบายใจ ความกังวล มีผล ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น พบกลุ่มตัวอย่างมี ความรู้ ร้อยละ 61.1 และ 55.4 เท่านั้น

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วย โรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.4 ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ รองลงมา ร้อยละ 21.1 และ 19.5 ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง และปาน กลาง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุน ทางสังคมจำแนกรายประเด็น พบผลการศึกษา ดังนี้

- การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคคลในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการ สนับสนุนเล็กน้อย ถึงไม่เคยเลย ร้อยละ 50.7 – 68.4 ในแต่ละประเด็น ได้แก่ ให้กำลังใจหรือเตือนให้ รับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ คอยกระตุ้น เตือนทุกครั้งเมื่อถึงเวลาไปรับการตรวจรักษาที่โรง พยาบาล ให้กำลังใจและรับฟังเมื่อเกิดความวิตกกังวล และความเครียด ห้ามปรามหากรับประทานอาหารที่ เป็นข้อห้ามของโรคเบาหวาน ได้รับการดูแลในการ จัดอาหาร จัดยาให้รับประทานอย่างสม่ำเสมอ ใส่ใจ ดูแลไม่ให้เกิดความเครียด และกระตุ้นหรือสนับสนุน ให้ออกกำลังกาย

- การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสนับสนุนมากในทุกเรื่อง ได้แก่ กระตุ้น เตือนต่อการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม กับโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และให้กำลังใจต่อโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ พบร้อยละ 93.0, 92.7 และ 90.3 ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า โดยรวมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 76.5 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.4 มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.6 และ 73.2 มีพฤติกรรมด้านการรับประทานยา และด้านการการเฝ้าระวังโรค ในระดับสูง ร้อยละ 76.2 มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 39.6 และ 45.6 อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n = 398)	ร้อยละ (100.0)
โดยรวม		
ระดับต่ำ (0 – 49 คะแนน)	34	11.4
ระดับปานกลาง (50 – 66 คะแนน)	228	76.5
ระดับสูง (67 – 84 คะแนน)	36	12.1
$\bar{X} = 58.3$ S.D. = 7.7 Min = 28 Max = 76		
ด้านการรับประทานอาหาร		
ระดับต่ำ (0 - 13 คะแนน)	92	30.9
ระดับปานกลาง (14 – 18 คะแนน)	180	60.4
ระดับสูง (19 – 24 คะแนน)	26	8.7
$\bar{X} = 14.5$ S.D. = 3.7 Min = 0 Max = 23		
ด้านการรับประทานยา		
ระดับต่ำ (0 - 8 คะแนน)	8	2.7
ระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	26	8.7
ระดับสูง (12 – 15 คะแนน)	264	88.6
$\bar{X} = 13.6$ S.D. = 1.9 Min = 0 Max = 15		
ด้านการออกกำลังกาย		
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	227	76.2
ระดับปานกลาง (3 - 4 คะแนน)	62	20.8
ระดับสูง (5 - 6 คะแนน)	9	3.0
$\bar{X} = 1.6$ S.D. = 1.6 Min = 0 Max = 6		
ด้านการจัดการกับความเครียด		
ระดับต่ำ (0 - 8 คะแนน)	90	30.2
ระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	118	39.6
ระดับสูง (12 – 15 คะแนน)	90	30.2
$\bar{X} = 9.9$ S.D. = 2.5 Min = 4 Max = 15		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n = 398)	ร้อยละ (100.0)
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง		
ระดับต่ำ (0 - 8 คะแนน)	36	12.1
ระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	136	45.6
ระดับสูง (12 - 15 คะแนน)	126	42.3
$\bar{X} = 10.7$ S.D. = 2.2 Min = 2 Max = 15		
ด้านการเฝ้าระวังโรค		
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	14	4.7
ระดับปานกลาง (5 - 6 คะแนน)	66	22.1
ระดับสูง (7 - 9 คะแนน)	218	73.2
$\bar{X} = 7.7$ S.D. = 1.6 Min = 3 Max = 9		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละด้าน จำแนกรายประเด็น พบผลการศึกษาดังนี้ คือ

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า มีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมที่พบมาก เรื่องจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อเพื่อป้องกันมิให้ตนเองอ้วน รับประทานผักในปริมาณที่เพียงพอต่อวัน และรับประทานอาหารตรงเวลา นาน ๆ ครั้ง ถึงไม่เคยเลย ร้อยละ 60.7, 42.3 และ 31.2 ตามลำดับ และดื่มน้ำชา กาแฟ โดยใส่น้ำตาล ครีมเทียม หรือนมข้นหวาน เป็นประจำถึงทุกวัน/ทุกครั้ง ร้อยละ 35.3

ด้านการรับประทานยา พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับประทานยาที่เหมาะสมในทุกประเด็น

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ในเรื่องการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ และใช้เวลาในการออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที นาน ๆ ครั้ง ถึงไม่เคย ร้อยละ 76.2 และ 72.2 ตามลำดับ

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อเกิดความเครียด มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด และเมื่อเกิดความโกรธหงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ นาน ๆ ครั้ง ถึงไม่เคย ร้อยละ 98.4, 57.7 และ 40.3 ตามลำดับ

ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่า ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เป็นเพิ่มขึ้น และพักผ่อนโดยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง โดยมีพฤติกรรมดังกล่าวมานานๆ ครั้ง ถึงไม่เคย ร้อยละ 58.7 และ 42.6

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 88.3 ซึ่งพบโรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย ไชมันในเลือดสูง ถึงร้อยละ 75.5, 36.2 และ 19.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (n = 398)	ร้อยละ (100.0)
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	35	11.7
มีภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	263	88.3
โรคความดันโลหิตสูง	225	75.5
โรคไตวาย	108	36.2
ไขมันในเลือดสูง	58	19.5
เบาหวานขึ้นตาหรือจอตาเสื่อม	20	6.7
โรคหัวใจและหลอดเลือด	17	5.7
ชาปลายมือปลายเท้า	11	3.7
แผลเรื้อรัง	3	1.0

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ได้นำตัวแปร เพศ (หญิง) อายุ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม เข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธี Enter ผลการศึกษา พบว่า เพศ (หญิง) ความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 14.4 ส่วนอายุ รายได้ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($p > 0.05$) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	B	SE	Beta	t	p-value
เพศ (หญิง)	3.468	0.901	0.213	3.851	<.001
อายุ (ปี)	0.054	0.042	0.078	1.277	.203
รายได้ (บาท)	0.001	0.000	0.017	0.303	.762
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี)	-0.012	0.057	-0.017	-0.213	.831
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนน)	0.528	0.214	0.137	2.462	.014
การสนับสนุนทางสังคม (คะแนน)	0.333	0.62	0.301	5.341	<.001
ตัวคงที่	40.595	4.119		9.855	<.001

$R^2 = 0.144$, $SEE = 7.217$, $F = 8.148$, $Signif F = 0.000$, $n = 298$

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม โดยรวม ร้อยละ 76.5 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง เกิดภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 88.3 ทั้งนี้ เพศ (หญิง) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น โดยรวมแล้วผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนภลัย ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เพียงระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ที่ผ่านมาจากโรงพยาบาลได้ให้บริการที่มุ่งเน้นในเรื่องการรักษาพยาบาล มากกว่าการให้ความรู้ การสร้างความเข้าใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการให้ความรู้ พูดคุย ติดตาม แนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเนื้อหา และวิธีการปฏิบัติตน ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ระดับหนึ่ง ต้องร่วมกับการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง⁽¹⁴⁾ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค ทั้งนี้ การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในสัดส่วนที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม⁽¹⁵⁾ การรับประทานยาเป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ ส่วนการออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพในการใช้ไขมันเป็นแหล่งพลังงาน ลดโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์

ซึ่งการเพิ่มการใช้พลังงานด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เนื้อเยื่อมีความไวต่ออินซูลินมากขึ้นและการดื้อต่ออินซูลินลดลง อินซูลินสามารถออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็น รูปร่างได้สัดส่วนแล้วยังทำให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น จิตใจ ร่าเริง แจ่มใส คลายเครียด สุขภาพจิตดีขึ้น⁽¹⁶⁾ สำหรับในเรื่องความเครียด พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะในการดูแลตนเองหลายอย่าง และเผชิญกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง เนื่องจากมีการหลั่งแคทีโคลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การลดปัจจัยเสี่ยงก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรค การเฝ้าระวังโรคเป็นการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดูแลควบคุมตัวเองไม่ให้โรคเกิดความรุนแรง โดยผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด/ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ⁽¹⁷⁾

สำหรับในเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มาของผู้ป่วยนี้ เกิดจากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม แล้วทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนภลัย 3 ใน 4 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง จึงมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก ทั้งนี้ โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกายได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานหากไม่ดูแลตัวเองให้ดีหรือไม่ได้รับการรักษา แล้วปล่อยให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นเป็นเวลานานติดต่อกัน จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 5 ปี⁽¹⁸⁾ และจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่รุนแรงมากขึ้น อาทิ เบาหวานขึ้นตา โรคไตเสื่อม ไตวาย โรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ ตันฯ⁽¹⁹⁾ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานดังกล่าวนี้ป่วยเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 74.8 ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 88.3 โดยพบมากกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย และไขมันในเลือดสูง ถึงร้อยละ 75.5, 36.2 และ 19.5 ตามลำดับ

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า เพศ (หญิง) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้

- เพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างที่แตกต่างจากเพศชาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งเพศที่แตกต่างกันจะบอกถึงการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เพศหญิงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทางบวกมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะเป็นเพศที่มีความเอาใจใส่ และสนใจการดูแลสุขภาพของตนเอง⁽²⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภฤดา แสงสินศรี⁽²¹⁾ ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ คะนิงนิต พาที⁽²²⁾ พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ

- ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะเป็นตัวนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง⁽²³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽²⁴⁾ ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลตนเองมีผลต่อการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ความพิการ การปฏิบัติการณ์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ บุคคลจะให้ความสนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเอง การปรับอัตโนมัติและการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ เพื่อความเป็นอยู่ที่ปกติสุข ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ

ภฤดา แสงสินศรี⁽²¹⁾ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์⁽²⁵⁾ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คะนิงนิต พาที⁽²²⁾ พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

- การได้รับการสนับสนุนทางสังคม คือสิ่งทีบุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่าง ๆ อาทิ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ เงิน การดูแล การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย เนื่องจากช่วยทำให้บุคคลเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความเครียด มีกำลังใจ มีคนรักและห่วงใย ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁽¹⁴⁾ ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น เนื่องจากการได้รับคำแนะนำ ข่าวสารหรือความช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ ทำให้มีแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภฤดา แสงสินศรี⁽²¹⁾ พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คะนิงนิต พาที⁽²²⁾ พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปานกลาง วรณรดา ชื่นวัฒนา และณิชาภา สอนภักดี⁽²⁶⁾ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลนภลัยควรดำเนินการเร่งรัดการดูแลรักษาพยาบาล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง

2. แนะนำ ให้ความรู้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมที่ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค โดยในเบื้องต้นให้เน้นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องที่พบเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่

- ด้านการรับประทานอาหารเช้า เรื่องจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อเพื่อป้องกันมิให้ตนเองอ้วนรับประทานผักในปริมาณที่เพียงพอต่อวัน และรับประทานอาหารเช้าตรงเวลา และงดการดื่มน้ำชา กาแฟ โดยใส่น้ำตาล ครีมเทียมหรือนมข้นหวาน

- ด้านการออกกำลังกาย เรื่องออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ และใช้เวลาในการออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที

- ด้านการจัดการกับความเครียด เรื่องการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ เมื่อเกิดความเครียด เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด และการควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด

- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวมิให้เพิ่มขึ้น และพักผ่อนโดยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือได้ดียิ่งขึ้น

3. ส่งเสริม ให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วยให้ช่วยดูแลพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น พร้อมติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ให้มีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้อง และหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย หรือเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น

4. ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมน้อยกว่าเพศหญิง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานในประเทศไทย ประจำปี 2561. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2561.
2. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2565. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: พีพี มีเดีย ดีไซน์ แอนด์ พรินท์.
3. วรณิ นิธิยานันท์. ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่องแตะ 4.8 ล้านคน ชี้ ‘เนือยนิ่ง-อ้วน-อายุมาก’ ต้นเหตุ. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [สืบค้นเมื่อ 31 ต.ค. 2566] แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18014>
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารณรงควัฒนเบาหวานโลก. [อินเทอร์เน็ต] 2559 [สืบค้นเมื่อ 31 ต.ค. 2566] แหล่งข้อมูล <http://www.thaincd.com/2016/news/>

- announcement-detail.php?id=13256&gid=16
5. ปานทิพย์ รัตนศิลป์กัลชาญ และกิตติพัฒน์ โสภิตธรรมคุณ. อันตรายจากโรคเบาหวาน. วารสารวิทยเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2559; 2(2): 1-8.
 6. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes care 2017; 30: S4-40.
 7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. โครงการเบาหวานเปี่ยมสุข. [อินเทอร์เน็ต] 2560 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2566] แหล่งข้อมูล: [http://www.happydm.org/html/system.php?action=System% 20Detail&sel_ID=1](http://www.happydm.org/html/system.php?action=System%20Detail&sel_ID=1)
 8. Rawdaree, P., Ngarmukos, C., Deerochanawong, C., Suwanwalaikorn, S., Chetthakul, T., Krittiyawong, S., & Mongkolsomlit, S. Thailand Diabetes Registry (TDR) Project : Clinical Status and Long Term Vascular Complications in Diabetic Patients. Journal of the Medical Association of Thailand journal 2016; 89(1): 1-9.
 9. ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2566] แหล่งข้อมูล: <https://www.dailynews.co.th/article/663767>
 10. โรงพยาบาลนภลัย. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนภลัย. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลนภลัย. 2566.
 11. Yamane, T. Statistics : An introductory analysis. London : John Weather Hill, Inc. 1967.
 12. Bloom, B. Mastery learning. New York City, New York State, USA: Holt, Rinehart & Winston. 1971.
 13. Rensis Likert. The human organization. New York : McGraw-Hill Book Co. 1967.
 14. Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health program planning an educational and ecological approach. New York: Quebecor World Fairfield. 2015.
 15. Komin, S. Nutrition therapy for diabetic patients. In Wichayanarat, A (editor) diabetes textbook. Bangkok : Ruean Kaew Printing. 2013. (in Thai)
 16. Hirunkhro, B., Dussaruk, D., Poko, S., Siriniyomchai, C., & Kitiyanu, C. Foot Care : The problems that should not be overlooked among diabetic elders in community. EAU Heritage Journal Science and Technology 2021; 15(1): 46-61.
 17. พีระ บูรณกิจเจริญ. ความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต] 2559 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2566] แหล่งข้อมูล : <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=47>
 18. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2014; 37: S81-S90.
 19. สุภัทรา ปวรางกูร. โรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานจะตามมา หากคุมระดับน้ำตาลไม่ดี. [อินเทอร์เน็ต] 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2566] แหล่งข้อมูล: [https://www.nakornthon.com/article/ detail/](https://www.nakornthon.com/article/detail/)

20. Pender NJ. Health promoting in nursing practice. 2nd ed. U.S.A.: Appleton & Lange. 1996.
21. ภฤดา แสงสินศร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร 2564; 2(2): 43-54.
22. คะนิงนิต พาที. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2558; 3(1): 17-25.
23. Salahshouri, A., Zamani Alavijeh, F., Mahaki, B., & Mostafavi, F. Effectiveness of educational intervention based on psychological factors on achieving health outcomes in patients with type 2 diabetes. Diabetol Metab Syndr 2018; 10 : 67-70.
24. Orem. D. E. Nursing concepts of practice. In K. M. Renpenning & S. G. Taylor (Eds.), (5th ed). St. Louis: Mosby Year Book. 1995.
25. จิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว ในตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2561; 1(2): 46-61.
26. วรณรธา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี 2557; 6(3): 163-170.

ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัส โควิด-19

ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Knowledge, Attitude and Self-Prevention Practice against COVID-19

Pandemic among Healthcare Workers in Somdetphraphutthaloetla Hospital.

กมลรัตน์ ช้วนินี พยม.

Kamonrat Chuanianee

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Somdetphraphutthaloetla Hospital.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19, 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2564 จำนวน 327 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 10.30 \pm 1.42$) มีทัศนคติดี ($\bar{X} = 1.29 \pm .87$) มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระดับดี ($\bar{X} = 1.63 \pm .48$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .137, p < .05$) ผลการวิจัยนี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ให้เกิดการป้องกันการแพร่กระจายโรคอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง เชื้อไวรัส โควิด-19 บุคลากรทางการแพทย์

Abstract

This analytical research aimed 1) to study the level of knowledge, attitude, and self-prevention practice against COVID-19 pandemic, 2) to study the relationship between personal factors, knowledge, attitude and self-prevention practice against COVID -19 in health care workers. The Samples were health care workers who worked at the front-line during October–November 2021 in Somdetphraphutthaloetla Hospital. 327 participants were selected by purposive sampling. The research instruments consisted of 1) personal questionnaire, 2) knowledge, attitude, and self-prevention practice against COVID-19 pandemic questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics by Pearson’s correlation coefficient test; significant level at 0.05.

The results found that health care workers had knowledge about COVID-19 at a high level ($\bar{X} = 10.30 \pm 1.42$), positive attitude ($\bar{X} = 1.29 \pm .87$), self-prevention practice against COVID -19 at a good level ($\bar{X} = 1.63 \pm .48$). Attitude has a positive relationship with self-prevention practice against COVID-19 pandemic with statistical significance ($r = .137, p < .05$).

Conclusions: The results of this research can be used as guideline for developing the prevention programme for emerging and re-emerging communicable diseases effectively.

Key words : Knowledge, Attitude, Prevention practice, COVID-19 pandemic, Health care worker

บทนำ

การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ โควิด-19 เป็นการระบาดที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงทั่วโลก⁽¹⁾ โดยมีสาเหตุมาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่มีการรายงานการพบครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2562 (2) โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม 2563 และประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่ว ในวันที่ 11 มีนาคม 2563(3) ในประเทศไทยพบว่าการติดเชื้อส่วนใหญ่มีลักษณะจำเพาะ เชื้อนี้มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีโรคประจำตัว

การแพร่ระบาดนั้นส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งในประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ จากรายงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโควิด-19 ในเดือน มิถุนายน 2563 จำนวน 1 ราย เดือน มิถุนายน 2564 จำนวน 3 ราย เดือนกรกฎาคม 2564 จำนวน 20 ราย และมีแนวโน้มการติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ รวมทั้งอัตราการล้มในการปฏิบัติงานในสถานการณฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้มีบทบาทหน้าที่โดยตรงต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การที่บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ที่ถูกต้องต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การมีทัศนคติที่ดีส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19⁽⁴⁾ นั้นย่อมส่งผลต่อการวางแผนการดูแลประชาชนทั้งในสถานการณั้แพร่ระบาดของโควิด-19 ในปัจจุบันและการรับมือโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำในอนาคตได้

ดังนั้น จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงสนใจศึกษาปัญหาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในได้ใช้กรอบแนวคิดของบลูมซึ่งกล่าวว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ กรอบแนวคิดดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ขั้นสูงเพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าสำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 548 คน ประกอบด้วย แพทย์ 67 คน ทันตแพทย์ 9 คน พยาบาลวิชาชีพ 294 คน เภสัชกร 20 คน นักเทคนิคการแพทย์ 11 คน นักรังสีการแพทย์ 4 คน เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 16 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 97 คน เจ้า

พนักงานเปล 16 คน นักรักษาการสาธารณสุข 11 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าที่ปฏิบัติงานด้านหน้า เล็ก ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลในเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564 จำนวน 327 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านหน้า ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลในเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564 และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านหน้า ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ในเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2564 หรือไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของ Zhong และคณะ⁽⁵⁾ ฉบับแปลภาษาไทยโดย ณีภูธรวรรณ คำแสน จำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ (Knowledge) 2) ด้านทัศนคติ (Attitude) 3) ด้านพฤติกรรม (Practice)⁽⁴⁾

1) ด้านความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 12 ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดและคำตอบว่าไม่ทราบให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้⁽⁴⁾

คะแนนเฉลี่ย 0.00-4.00

หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 4.01-8.00

หมายถึงระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 8.01-12.00

หมายถึง ระดับมาก

2) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 ข้อแบบสอบถามให้ตอบเห็นด้วยให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยและไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้⁽⁴⁾

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง ทัศนคติไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง ทัศนคติดี

3) ด้านพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 มี 2 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ ถ้าปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้⁽⁴⁾

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00

หมายถึง พฤติกรรมไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00

หมายถึง พฤติกรรมดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ขอรับการพิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.76

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย (Protective the Right of Research Participant)

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เลขที่เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่ 011/2564 ลงวันที่ 30 กันยายน 2564 โดยผู้วิจัยยืนยันว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบของผลการวิจัยเท่านั้น ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรูปแบบไฟล์แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้วิจัยมอบ QR CODE ให้กับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแจกจ่ายให้

บุคลากรในสังกัดของตนตอบแบบสอบถาม ในช่วงเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2564 ภายหลังจากนั้น ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (n= 327)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	289	88.4
- ชาย	37	11.3
- ไม่ตอบ	1	0.3
ช่วงอายุ (ปี)		
- 18 - 29	56	17.1
- 30 - 49	182	55.7
- 50 - 59	86	26.3
- ≥ 60	2	0.6
- ไม่ตอบ	1	0.3
สถานภาพ		
- โสด	143	43.7
- สมรส	148	45.3
- อื่นๆ	36	11.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ประกาศนียบัตร	64	19.1
- ปริญญาตรี	217	66.4
- สูงกว่าปริญญาตรี	46	14.1

สัน (Pearson's product – moment correlation coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.7 มีอายุระหว่าง 30-49 ปี ร้อยละ 45.3 มีสถานภาพสมรส รองลงมา ร้อยละ 43.7 เป็นโสด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.4 การศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.9 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 59.9 มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (n= 327) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
บุคลากรสายวิชาชีพ (Professionals)		
- แพทย์	26	8.0
- ทันตแพทย์	3	0.9
- พยาบาลวิชาชีพ	173	52.9
- เภสัชกร	22	6.7
- นักเทคนิคการแพทย์	15	4.6
- นักรังสีเทคนิค	9	2.8
- นักวิชาการสาธารณสุข	17	5.2
บุคลากรสนับสนุน (Non professional)		
- ผู้ช่วยพยาบาล	17	5.2
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้	51	15.6
- พนักงานแปล	2	0.6
รายได้		
- < 5,000	3	0.9
- 5,001 -10,000	31	9.5
- 10,001 -20,000	48	14.7
- 20,001-30,000	49	15.0
- > 30,000	196	59.9

2. ระดับความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=10.30 \pm 1.42$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 10 ข้อ โดยมี 2 ข้อ ที่มีคะแนนการตอบได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ 1) อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (ร้อยละ 52.0) 2) การรับประทานและสัมผัสสัตว์ป่า อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (ร้อยละ 61.5) ด้าน

ทักษะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะที่ดี ($\bar{X} = 1.29 \pm .87$) โดยร้อยละ 67.9 มั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคไวรัสโคโรนา-19 จะถูกควบคุมได้ และร้อยละ 61.1 เชื่อมั่นว่าประเทศไทยสามารถเอาชนะโรคไวรัสโคโรนาได้ สำหรับด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในระดับดี ($\bar{X} = 1.63 \pm .48$) โดยมีร้อยละ 62.5 ระบุว่าเมื่อเร็ว ๆ นี้ ท่านไปในที่ที่มีคนจำนวนมากและร้อยละ 98.6 ระบุว่า เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 (n= 327)

รายการ	ถูก		ผิด		ไม่ทราบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อาการแสดงที่สำคัญของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 คือ ไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้งๆ ปวดเมื่อยตามตัว	291	88.9	36	11.1	0	0
2. อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	170	52.0	157	48.0	0	0
3. ปัจจุบันนี้ยังไม่มี การรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการติดเชื้อได้เร็ว	266	81.4	61	18.6	0	0
4. ไม่ใช่ทุกคนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 แล้วจะต้องเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรค มีเพียงผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนอ้วนที่มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อ	266	81.4	61	18.6	0	0
5. การรับประทานและสัมผัสสัตว์ป่า อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19	201	61.5	126	38.5	0	0
6. ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา - 19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการของไข้	298	91.1	29	8.9	0	0
7. ไวรัสโคโรนา-19 แพร่ผ่านทางละอองฝอยของทางเดินหายใจจากผู้ติดเชื้อ	315	96.3	12	3.7	0	0
8. ประชาชนทั่วไปสามารถที่จะสวมหน้ากากทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้	308	94.3	19	5.7	0	0
9. สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้นนั้น ไม่จำเป็นที่จะต้องวัดไข้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส-19 สาธารณะ	287	87.8	39	11.8	1	.3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 (n= 327) (ต่อ)

รายการ	ถูก		ผิด		ไม่ทราบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10. ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้น แต่ละบุคคลควรจะหลีกเลี่ยง การออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัดและหลีกเลี่ยงการใช้บริการรถสาธารณะ	326	99.7	1	.3	0	0
11. การกักตัวและการรักษาของผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการแพร่เชื้อโควิด-19	317	97.0	10	3.0	0	0
12. คนที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ควรจะมีการกักตัวแยกโรคทันทีในสถานที่เหมาะสม โดยทั่วไประยะเวลาในการกักตัว คือ 14 วัน	319	97.6	8	2.4	0	0

โดยรวม (ค่าเฉลี่ย 10.30 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.42 คะแนน)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของทัศนคติ (Attitude) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 (n= 327)

รายการ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
13. ในที่สุดแล้วโรคโควิด-19 จะถูกควบคุมได้	222	67.9	105	32.1	0	0
14. ท่านเชื่อมั่นว่าประเทศไทยสามารถเอาชนะโรคโควิดได้	200	61.1	127	38.9	0	0

โดยรวม (ค่าเฉลี่ย 1.29 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 คะแนน)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 (n= 327)

รายการ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
15. เมื่อเร็ว ๆ นี้ ท่านไปในที่ที่มีคนจำนวนมาก	204	62.5	123	37.5	0	0
16. เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน	322	98.6	5	1.4	0	0

โดยรวม (ค่าเฉลี่ย 1.63 คะแนน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 คะแนน)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

ผลการการศึกษาพบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน

ตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .082, p > .05$) ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .137, p < .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 (n= 327)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	r	p
เพศ	-.011	.864
อายุ	.017	.757
สถานภาพสมรส	.079	.154
การศึกษา	-.047	.399
อาชีพ	.077	.162
รายได้	-.091	.099
ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	.082	.141
ทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	.137*	.013

* $p \leq 0.05$

วิจารณ์และสรุป

1. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้าที่ปฏิบัติงานด้านหน้าพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al⁽⁶⁾ ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 มากกว่าประชากรกลุ่มอาชีพอื่น อาจเนื่องมาจากเป็นการเป็นบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับการโรคติดเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามช่องทางการแพร่กระจายเชื้อ (mode of transmission) จึงทำให้เมื่อเกิดโรคอุบัติใหม่จึงสามารถนำองค์ความรู้ที่มีมาใช้ได้ นอกเหนือจากนี้อาจเป็นผลมาจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 หรือ ศบค.⁽⁴⁾ ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและน่าเชื่อถืออยู่เป็นระยะ ด้านทัศนคติที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้าที่ปฏิบัติงานด้านหน้า อาจเป็นผลจากการได้รับข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 หรือ ศบค. ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนครอบคลุมทุกด้านในทุกวันและได้เน้นย้ำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของรัฐบาลที่พยายามควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19⁽⁴⁾ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของการควบคุมโรคในต่างประเทศอาจสร้างความเชื่อมั่นได้ ด้านพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ลักษณะการทำงานมีความจำเป็นต้องสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยงจึงส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ดี⁽⁷⁾ การต้องการเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประชาชนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งการได้รับข้อมูล

ข่าวสาร การรณรงค์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งเป็นพฤติกรรมในยุคปกติใหม่ หรือ New normal⁽⁴⁾ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านโรคติดเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนใหญ่จะได้รับการอบรม การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลต่อการทำความเข้าใจเมื่อเกิดโรคอุบัติใหม่ แต่ละอาชีพมีลักษณะการทำงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงจึงส่งผลต่อความรู้และทัศนคติ⁽⁸⁾ ของบุคลากรทางการแพทย์ได้

2. ปัจจัยด้านด้านทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .137, P < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ คำแสน⁽⁴⁾ และการศึกษาของ ดรณุชก พันธ์สุมา และ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา⁽⁹⁾ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา-19 เนื่องจากความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ที่ดีจะส่งผลต่อทัศนคติที่ดีและส่งผลต่อการปฏิบัติที่ดีที่สุดในที่สุด⁽⁴⁾

3. การศึกษารั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของจากรัตน์ ศรีรัตนประภาส และ จิราวรรณ กล่อมเมฆ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้การประสบเหตุการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ส่งผลกระทบต่อบุคคลทุกคนทั่วโลกอย่างเท่าเทียมกัน จึงทำให้ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองของเพศชายและเพศหญิงจึงไม่แตกต่างกัน⁽¹⁰⁾ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ การศึกษา ราย

ได้ที่ใกล้เคียงกันจึงส่งผลต่อการพบความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะในบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านหน้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น อาจไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โดยลักษณะของโปรแกรมต้องให้ความสำคัญกับการสร้างทัศนคติที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เสนอแนะต่อผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไป ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มเจ้าหน้าที่ใหม่ เพื่อผลลัพธ์พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหรือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออื่นๆ ที่พบบ่อยในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Caroline GW. Review of Slavoj Žižek 2020 Pandemic! COVID-19 Shakes the World. Post digital Science and Education. 2020:1020–1024.
2. Wick G. Wuhan 2019-nCoV outbreak Coronavirus 2020 What is really happening and how to prevent it. (Internet); 2020. (cited 2022 May 10). Available from: https://www.biblio-sciences.org/2020/03/coronavirus-2020-what-is-really_30.html
3. กรมอนามัย. Thai stop COVID. (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พ.ค. 2564) เข้าถึงได้จาก: <https://stopcovid.anamai.moph.go.th/webapp/main.php>
4. ณีฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564; 4(1): 33-47.
5. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. International Journal of Biological Sciences. 2020; 16(10): 1745–1752.
6. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China.

- Journal Hospital Infection. 2020; 105(2): 183-187.
7. Li S, Feng B, Liao W, Pan W. Internet use risk awareness, and demographic characteristics associated with engagement in preventive behaviors and testing: cross-sectional survey on COVID-19 in the United States. Journal of Medical Internet Research. 2020; 22(6): 1-12.
8. รังสรรค์ โฉมยา, กรรณิกา พันธุ์ศรี. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19): การเปรียบเทียบระหว่างวัย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2563; 39(6): 71-82.
9. ดรัญชนก พันธุ์สุมา, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(5): 597-604.
10. จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส, จิราวรรณ กล่อมเมฆ. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของประชากรวัยทำงานในตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก; 23(1): 437- 445.

ผลของโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ต่ออาการปวดหลัง ส่วนล่างจากการทำงานความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง

ในบุคลากรโรงพยาบาลพิจิตร

Effects of Ergonomics program with stretching exercise training on low back pain, back muscle strength, and flexibility among healthcare workers in Phichit Hospital

เพชรรัตน์ เสรีพงษ์ พย.บ.

Petcharat Sereepong, B.N.S.

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

Department of Occupational Medicine,

Phichit Hospital

บทคัดย่อ

- บทนำ :** อาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน เกิดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม โปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยลดอาการปวดเมื่อยหลังและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังได้
- วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน ความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง
- วิธีการศึกษา :** การวิจัยกึ่งทดลองรูปแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง ดำเนินการในบุคลากรหน่วยจ่ายกลาง งานซักฟอกและงานสนาม โรงพยาบาลพิจิตร ปี พ.ศ.2566 จำนวน 35 ราย รวบรวมข้อมูลทั่วไปและการทำงานประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยWilcoxon Signed-Rank test, Exact McNemar's Test
- ผลการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจำนวน 35 ราย มีอายุเฉลี่ย 40.9 ± 11.9 ปีเมื่อติดตามภายหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน พบว่ามีระดับความแข็งแรงและระดับความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังดีขึ้นร้อยละ 34.3, 25.7 และมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง 1.7 คะแนน ($p < 0.001$)
- สรุป :** พยาบาลอาชีวเวชกรรมควรแนะนำบุคลากรในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่าง นำโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อไปใช้เป็นประจำ เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคจากการทำงาน
- คำสำคัญ :** โปรแกรมการยศาสตร์การยืดเหยียดกล้ามเนื้ออาการปวดหลังส่วนล่าง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง

Background : An incorrect posture may predispose workers to low back pain. An Ergonomics program with muscle stretching exercises will reduce low back pain and increase back muscle strength. The objective is to determine the effects of an ergonomics program with stretching exercises on low back pain, muscle strength, and flexibility.

Study design : The quasi-experimental study was conducted in one group before-after design among 35 personnel from the Central Sterile Supply, Laundry Workers, and Field Work at Phichit Hospital in 2023. Data collection were the baseline characteristics, work information, low back pain, flexibility, and muscle strength. Data were analyzed by Wilcoxon Signed-Rank test and Exact McNemar's Test.

Result : The quasi-experiment study was conducted in one group pretest-posttest design consisted of 35 subjects with an average age of 40.9 ± 11.9 years. After receiving the program for 3 months, the results showed that the back muscle strength and flexibility levels improved by 34.3%, and 25.7%. The average symptom score on low back pain significantly decreased by 1.7 points ($p < 0.001$).

Conclusion : Occupational nurses should advise healthcare workers who have risk in low back injuries to practice ergonomics programs with stretching exercises in order to prevent or reduce work-related musculoskeletal.

Keywords : ergonomics program, stretching exercise, low back pain, muscle strength, flexibility

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่าง(Low back pain) เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว ความมั่นคงของแกนกลางลำตัวที่ลดลง ท่าทางในการทำงานที่ไม่ถูกต้องและภาวะน้ำหนักเกิน ส่งผลทำให้เกิดความตึงหรือการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ เยื่อหุ้มข้อต่อ⁽¹⁾ อาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยร้อยละ 70-90 จะมีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ประมาณร้อยละ 85 ของกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีอาการปวดหลังส่วนล่าง และเคยได้รับการรักษามาก่อนมักกลับมาเป็นซ้ำอีกจนเป็นอาการปวดเรื้อรัง⁽²⁾

โรงพยาบาลมีลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่หลากหลายซึ่งบุคลากรต้องเผชิญสิ่งคุกคามสุขภาพด้านต่างๆ ที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีปัญหาด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากการทำงานได้ จะเห็นได้จากการศึกษาการหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยพบว่าสาเหตุที่ลาป่วยมากคืออาการปวดหลังร้อยละ 30 ของจำนวนวันลาทั้งหมด โดย 1 ใน 3 ของอาการปวดหลังเกี่ยวข้องกับการทำงาน⁽³⁾ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่ออาการปวดทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกสูง อีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ดังรายงานการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ พบว่ามีความชุกของอาการปวดทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ถึงร้อยละ 84.51⁽⁴⁾ และการศึกษาในโรงพยาบาลนครพิงค์ ในกลุ่มพนักงานเปล มีความชุกของอาการปวดหลัง ร้อยละ 66.67⁽⁵⁾ สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลพิจิตรในปี พ.ศ. 2565 มีความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่าง

สูงถึงร้อยละ 54⁽⁶⁾

ปัญหาโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน โดยเฉพาะอาการปวดหลังส่วนล่างเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้แก่ ท่าทางการเคลื่อนไหวขณะทำงาน เช่น การยกของหนัก การทำงานด้วยท่าทางเดิมซ้ำๆ ท่าทางการทำงานที่ผิดธรรมชาติ และจากการดำเนินงานโรงพยาบาลพิจิตรที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุของอาการปวดทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงานในเบื้องต้น ได้แก่ บุคลากรยังมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองไม่เหมาะสม ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ เช่น การเอี้ยวตัวเพื่อยกของหนัก การทำงานท่าเดิมซ้ำๆ และเป็นเวลานาน การทำงานหลายๆ อย่างในเวลาเดียว ความไม่เหมาะสมของสถานงาน หรือพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ขาดการออกกำลังกายทำให้สมรรถภาพร่างกายไม่พร้อมต่อการทำงานหนัก อีกทั้งภาระงานที่หนักส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม ก่อให้เกิดกล้ามเนื้อตึงตัว จนเกิดอาการปวดเมื่อยเรื้อรังตามมา อย่างไรก็ตามยังพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลป่วยด้วยอาการปวดทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอย่างต่อเนื่อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์มีประสิทธิภาพทำให้ลดอาการปวดเมื่อยหลังและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังได้ (7-10) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปรับสิ่งแวดล้อมสามารถลดความเสี่ยงทางการยศาสตร์ แต่ผลในแง่การลดความเจ็บปวดยังไม่ชัดเจน⁽¹¹⁾

การศึกษานี้ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการยศาสตร์ โดยนำแนวคิดของ OSHA ที่เน้นการลงมือปฏิบัติเพื่อจัดการความเสี่ยงที่ไม่ปลอดภัย⁽¹²⁾ ควบคู่กับการสร้างเสริมสมรรถภาพร่างกายของผู้ที่มีอาการปวดหลัง

ส่วนล่างโดยใช้การยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังเพื่อช่วยลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อหลัง ซึ่งจะช่วยลดอาการบาดเจ็บและสามารถทรงท่าในท่าทางที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันอาการปวดหลัง⁽¹³⁾ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการ

พัฒนาการดำเนินงานในการลดความเสี่ยงต่ออาการปวดเมื่อยและการบาดเจ็บกล้ามเนื้อจากการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงาน มีสุขภาวะที่ดี อันจะเป็นแรงเสริมให้บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

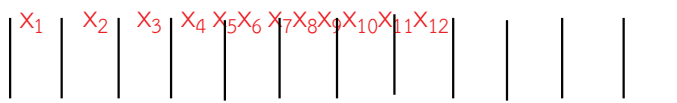
วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา : Quasi experimental study : One group pretest – posttest design

รูปแบบการดำเนินการวิจัย

O1O2O3

กลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 1 รูปแบบการวิจัย

- O1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- O2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 1 ห่างจาก O1 1 เดือน
- O3 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองครั้งที่ 2 ห่างจาก O1 3 เดือน
- X1 หมายถึง การให้ความรู้บุคลากร เรื่องท่าทางการทำงานที่ถูกต้องและการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อในสัปดาห์ที่ 1
- X2 - X12 หมายถึง การติดตามเยี่ยม/การออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 2-12

สถานที่ศึกษา : หน่วยจ่ายกลาง งานซักฟอกและงานสนาม โรงพยาบาลพิจิตร

ประชากรที่ศึกษา : บุคลากรหน่วยจ่ายกลาง งานซักฟอกและงานสนาม โรงพยาบาลพิจิตร ที่ปฏิบัติงานปี พ.ศ.2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง หรือมีอาการที่กลับเป็นซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มากกว่า 3 เดือน แต่ไม่มีอาการชาหรือขาตามแนวเส้นประสาท
2. ไม่มีโรคประจำตัวที่จำกัดต่อการออกกำลังกายหรือการใช้ชีวิตประจำวัน

3. ไม่มีโรคประจำตัวหรือความผิดปกติที่ทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เช่น โรคข้ออักเสบ โรครูมาตอยด์ โรคเกาต์ เนื้องอกหรือมะเร็งกระดูกหรือกระดูกสันหลังผิดรูป

4. ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ หรือประวัติผ่าตัดกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท

5. มีระดับคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่าง (pain score) ระหว่าง 4-7 คะแนน ซึ่งผู้ที่มีอาการปวดต่ำกว่าระดับ 4 คะแนนลงมา ถือว่าปวดเล็กน้อยอาการมักจะหายได้เองโดยไม่ต้องรับการบำบัดดูแล ซึ่ง

อาจไม่ได้เกิดจากผลของการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อสำหรับผู้ที่มีอาการปวดสูงกวาระดับ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่าปวดรุนแรง กลุ่มนี้ยังไม่ควรออกกำลังกาย

เกณฑ์การคัดออก

1. อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
2. ไม่สามารถร่วมโครงการได้ตลอดกระบวนการ

เกณฑ์พิจารณากลุ่มตัวอย่างยุติเข้าร่วมการวิจัย

1. ระหว่างเข้าร่วมการวิจัยมีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่อาจมีผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ได้รับการบาดเจ็บบริเวณหลัง

2. ระหว่างเข้าร่วมการวิจัยมีอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยได้รับการรักษาที่อาจส่งผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างทุเลา เช่น การรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ การทำกายภาพบำบัด การใช้ที่พยุงหลัง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน ความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง ในบุคลากรโรงพยาบาลพิจิตร จากการทำ pilot study พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างในบุคลากรในหน่วยจ่ายกลาง ชักฟอกและงานสนาม ก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 5.5 ± 1.5 คะแนน และคาดว่าภายหลังได้รับโปรแกรมจะลดลงเหลือ 5.0 คะแนน คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Menu sample size and power for means with repeated measures (One-sample comparison of mean) baseline measurements = 1, follow-up measurements = 2 กำหนดการทดสอบเป็น two-sided test ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ 5% และ power 80% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 35 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรม intervention (ให้ระบุรายละเอียดกิจกรรมระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย โปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยลงพื้นที่ประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ขณะปฏิบัติงาน ในหน่วยจ่ายกลาง ชักฟอก และงานสนามจำนวน 1 ครั้ง ก่อนการทดลอง

2. การให้ความรู้บุคลากร เรื่องท่าทางการทำงานที่ถูกต้องและการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยมีคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่างคู่มือการออกกำลังกายผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่างรวมทั้งการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน อิริยาบถในชีวิตประจำวัน ที่ถูกต้องและวิธีการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ที่มีรูปท่าการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อครบทั้งหมดจำนวน 4 ท่า⁽¹⁴⁾ โดยสอนในสัปดาห์ที่ 1 และให้ปฏิบัติต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม/การออกกำลังกายทุกสัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 ปรับท่าทางการทำงานให้ถูกต้องและเหมาะสม และหลีกเลี่ยงการอยู่ท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน

- 2.2 การออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างเพื่อช่วยลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อหลัง ร่วมกับออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและความมั่นคงของหลัง เนื่องจากกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเป็นโครงสร้างสำคัญในการ

กระจายแรงให้ร่างกายในการทำงานในลักษณะต่างๆ หากกล้ามเนื้อแกนกลางมีความมั่นคงจะทำให้การทำงานของรยางค์แขนและขาดีขึ้น นิ่งขึ้น แม่นยำขึ้น มีความมั่นคงในการทรงท่าขณะทำท่าทางต่าง ๆ ลดอาการบาดเจ็บ และสามารถทรงท่าในท่าทางที่ถูกต้อง (4) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันอาการปวดหลัง

3. ทำการตรวจประเมินระดับคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่าง การประเมินความความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเดือนที่ 1 และ 3

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่ปวดเลย

ปวดเล็กน้อย

ปวดพอทน

ปวดปานกลาง

ปวดมาก

ปวดมากที่สุด

1.3 แบบบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกาย

1.4 เครื่องมือวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง (Back Dynamometer) การวัดระดับสมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังโดยใช้เครื่องมือวัดแรงเหยียดหลัง โดยการวัดระดับสมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังจะใช้ค่าที่ได้จากเครื่องมือนำไปหารน้ำหนักตัวของผู้ถูกทดสอบ ไปเทียบกับตารางค่าวัดแรงเหยียดหลังซึ่งอ้างอิงจากพื้นฐานวิทยาศาสตร์การกีฬา โดยระดับสมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับค่อนข้างต่ำ ระดับพอใช้ ระดับดี และระดับดีมาก

1.5 เครื่องมือวัดความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง (flexibilimeter) โดยใช้กล่องเครื่องมือวัดความอ่อนตัว (analogue standing trunk flexion meter) ขนาดสูง 30 เซนติเมตร มีสเกลของระยะทางตั้งแต่ค่าลบ ถึง ค่าบวก เป็นเซนติเมตรโดยการวัดระดับความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง จะใช้ค่าที่ได้จาก

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านการทำงาน

1.2 แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข 11 ช่อง (numerical rating scale [NRS]) ของเดานันนีและคณะ(15) ให้ผู้ประเมินเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกปวดหรือความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากอาการปวดหลังส่วนล่างในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ก่อนได้รับโปรแกรม) เดือนที่ 1 และ 3 หลังได้รับโปรแกรมตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยระดับคะแนน 0 หมายถึงไม่มีอาการปวดเลยจนถึงระดับคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด

เครื่องมือไปเทียบกับตารางค่าวัดความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง ซึ่งอ้างอิงจากพื้นฐานวิทยาศาสตร์การกีฬา โดยระดับสมรรถภาพความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับค่อนข้างต่ำ ระดับพอใช้ ระดับดี และระดับดีมาก

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

2. ประเมินระดับคะแนนอาการปวดหลัง โดยใช้ numeric rating scale วัดความยืดหยุ่นของหลัง โดยใช้เครื่องมือ flexibilimeter และวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังด้วยเครื่องมือ Back Dynamometer ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เดือนที่ 1 และ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการวิเคราะห์ Wilcoxon

Signed-Rank test

ทดสอบความแตกต่างของค่าสัดส่วนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการวิเคราะห์Exact McNemar's Test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร เอกสารรับรองหมายเลข 0209 ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หากสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการศึกษา

บุคลากรที่นำมาศึกษาจำนวน 35 ราย อัตราส่วนเพศชาย:เพศหญิง เท่ากับ 4:1 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 54.7 อายุเฉลี่ย 40.9 ± 11.9 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 45.7 มีโรคประจำตัวร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 77.1 (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างภายหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือนและ 3 เดือน กับก่อนได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 5.2 ± 2.6 คะแนน หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 3.9 ± 1.9 และหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 3.5 ± 2.1 คะแนน (ตารางที่ 2)

ระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังภายหลังได้รับโปรแกรม 1 และ 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.500, 0.250$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนระดับความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังภายหลังได้รับโปรแกรม 1 และ 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบ

กับก่อนได้รับโปรแกรม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000, 1.000$) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 3)

เมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมไปเป็นเวลา 3 เดือนพบว่ามีความเครียดอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง 1.7 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ($95\%CI -1.1, -2.2$ $p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

เมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมไปเป็นเวลา 3 เดือนพบว่ามีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ดีขึ้นร้อยละ 34.3 เท่าเดิมร้อยละ 60.0 และมีระดับความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง ดีขึ้นร้อยละ 25.7 เท่าเดิมร้อยละ 68.6 (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

กลุ่มบุคลากรหน่วยจ่ายกลาง ชักฟอกและงานสนามโรงพยาบาลพิจิตรเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการปวดเมื่อยหรือบาดเจ็บทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน เนื่องจากลักษณะงานและขั้นตอนการทำงานของคนงาน หน่วยจ่ายกลาง ชักฟอก และงานสนามนั้น จะใช้แรงงานคนเป็นหลัก ลักษณะการทำงาน มีการทำงานที่ต้องมีการนั่งหรือยืน เป็นเวลานานๆ ร่วมกับการออกแรงและท่าทางการทำงานที่มีการก้ม บิดเอี้ยวตัว การกระดก หรือหมุนข้อมือ ซึ่งเป็นท่าทางการทำงานที่ผิดธรรมชาติ อีกทั้งเป็นงานที่ต้องมีการทำซ้ำๆ ทุกๆวัน อยู่เป็นประจำ คนงานทั้ง 3 แผนกมีการทำงานวันละ 8 ชั่วโมง มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนการทำงานในวันหยุดราชการ และมีการขึ้นทำงานล่วงเวลาในแต่ละวันการศึกษานี้พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลา 3 เดือนพบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงส่วนสมรรถภาพร่างกายด้านความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง ของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มดีขึ้น

อาการปวดหลังส่วนล่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าลักษณะของโปรแกรมที่ให้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการปรับท่าทางการทำงานให้ถูกต้องและเหมาะสม และหลีกเลี่ยงการอยู่ท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน การฝึกปฏิบัติท่าทางในการทำงานตามหลักการวิทยาศาสตร์โดยเฉพาะ อันได้แก่ท่าทางการยกของ ท่าทางการยืนและท่าทางการนั่งที่ถูกวิธี การเดินที่เหมาะสม รวมไปถึงท่าทางในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อขณะทำงาน อาจส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและท่าทางการทำงานที่ถูกต้องมากขึ้นจึงมีผลลดอาการปวดหลังนอกจากนี้โปรแกรมในการศึกษานี้ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางในการทำงานที่ถูกต้องร่วมด้วย อาจเพิ่มความตระหนักถึงปัญหาทางด้านกายศาสตร์ ของกลุ่มตัวอย่างได้มากยิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับท่าทางการทำงาน ซึ่งอาจทำให้อาการปวดเมื่อยหลังลดลงได้โดยท่าทางที่ถูกต้องจะช่วยให้การเรียงตัวของแนวกระดูกสันหลังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำงานอย่างสมดุล ลดแรงกดที่กระทำต่อโครงสร้างหลังจึงมีผลต่อการช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้⁽¹⁶⁾ และขั้นตอนที่ 2 คือ การออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง เพื่อช่วยลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อหลัง ร่วมกับออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและความมั่นคงของหลัง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching) เป็นสิ่งจำเป็นในการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาให้เกิดมีประสิทธิภาพและสร้างความได้เปรียบในการเคลื่อนไหว เพราะจะช่วยให้เอ็นข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อ ที่ได้รับการยืดเหยียดมีความยาวและมุมการเคลื่อนไหวที่ดี ทำให้สามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ

และลดการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น⁽¹⁷⁾ ความรู้ทางด้านสรีรวิทยาของการออกกำลังกายอธิบายว่าการยืดกล้ามเนื้อเนื้อทำให้ viscosity หรือ stiffness ของ muscle-tendon unit ลดลง ทำให้เนื้อเยื่อรอบๆ ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวจึงส่งผลให้ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อเพิ่มขึ้นตามมา นอกจากนี้การยืดยังช่วยป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อจากการใช้งานซ้ำๆ หรือใช้ งานที่หนักเกินไป โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ทำงานมากจนหมดแรงค้าง เช่น กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อเหล่านี้เมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในระยะเวลาหนึ่ง โปรตีนในกล้ามเนื้อและ mitochondria จะลดลง ทำให้กล้ามเนื้อลึบและอ่อนกำลังลง จึงเกิดการฉีกขาดและอักเสบได้ง่าย การยืดที่ทำติดต่อกันสม่ำเสมอหลายสัปดาห์นอกจากจะลด viscoelasticity ของ muscle-tendon unit แล้วยังช่วยเพิ่ม stretch tolerance ของกล้ามเนื้อด้วย⁽¹⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร่วมกับการให้ความรู้ด้านกายศาสตร์อาจมีประสิทธิผลทำให้อาการปวดเมื่อยหลังและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังได้⁽⁷⁾ การศึกษาการให้โปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลังด้วยการให้ความรู้แบบสาธิตและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้ลดอาการปวดหลังและช่วยให้สมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น⁽⁹⁾ และการศึกษาภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในเกษตรกรชาวนา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดหลังและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการยศาสตร์ช่วยลดอาการปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของพยาบาลได้⁽²⁰⁾ และผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านกายศาสตร์ร่วมกับการ

ออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นเวลา 4 สัปดาห์เป็นอีกหนึ่งโปรแกรมที่สามารถช่วยลดอาการปวดหลังในกลุ่มอาชีพทอผ้าด้วยมือได้⁽²¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดกระทำด้านการยศาสตร์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยการอบรมความรู้เกี่ยวกับอันตรายของท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง การปรับท่าทางการทำงาน และการยืดกล้ามเนื้อ ผลการศึกษาพบว่าสามารถ ลดอาการปวดหลังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾

สมรรถภาพด้านร่างกายด้านความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง

สมรรถภาพด้านร่างกายด้านความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching) จัดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการที่จะเพิ่มความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อได้เต็มมุมการเคลื่อนไหว ซึ่งกลไกการยืดเหยียดกล้ามเนื้อประกอบด้วย ส่วนของเส้นใยกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อและระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ถ้ากล้ามเนื้อค่อยๆ ถูกยืดเหยียดออกค้างไว้ จะส่งผลให้เส้นใยกล้ามเนื้อและเอ็นกล้ามเนื้อถูกยืดเหยียดออก กระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่เราเรียกว่า Golgi Tendon ส่งสัญญาณประสาทไปยังไขสันหลังและสมอง เกิดการยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อ แทน ส่งผลให้กล้ามเนื้อคลายตัวทำให้สามารถยืดเหยียดกล้ามเนื้อได้มากยิ่งขึ้น⁽²²⁾ นอกจากนี้การออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่ใช้งานจะช่วยลดการตึงตัว เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและความยืดหยุ่น โอกาสที่ความปวดเมื่อยล้าและบาดเจ็บจากการทำงานจะลดลงการยืดกล้ามเนื้อแบบนี้จะลดการทำงานของรีเฟล็กซ์ การหดกลับของกล้ามเนื้อ (stretch reflex) และทำให้เกิดการคืบ (creep)

ในกล้ามเนื้อ ผลทั้งสองอย่างจะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวได้อย่างสมบูรณ์⁽²³⁾ ในการศึกษานี้อาจเป็นไปได้ว่าแรงเหยียดหลัง ซึ่งเป็นแรงที่เกิดจากกล้ามเนื้อสำหรับการงอหลังที่เรียกว่าmultifidus ซึ่งเกาะกระดูกสันหลังแต่ละชิ้นเข้าหากันเมื่อหดตัวจะดึงกระดูกสันหลังทั้งอันให้แน่นเอาคอกไปข้างหลังซึ่งกล้ามเนื้อเหล่านี้จะแข็งแรงขึ้นได้ อาจจะต้องอาศัยระยะเวลามากกว่า 12 สัปดาห์และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง⁽²⁴⁾ การจะเพิ่มแรงเหยียดของกล้ามเนื้อหลังจึงยังไม่ได้ผลในช่วง 12 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังได้⁽⁷⁾ และการยืดกล้ามเนื้อสามารถเพิ่มความความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อของพนักงานแกะสลักไม้ได้⁽¹⁰⁾ ส่วนอีกการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีเพียงค่าเฉลี่ยของแรงเหยียดหลังที่ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างต่อไปอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4- 6 เดือน ภายหลังได้รับโปรแกรม เพื่อติดตามผลของความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง

2. ควรทำการศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นผลของความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุป

พยาบาลอาชีวเวชกรรมควรแนะนำผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่าง นำโปรแกรมการยศาสตร์ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อไป

ใช้เป็นประจำ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคจากการทำงาน และส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain : A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166(7):514-30.
2. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine*. 1987; 12(7):632-44.
3. เนสินี ไชยเอีย, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์, ทิพาพร กาญจนราช, จุฬารัตน์ คงเพชร, ศิริลักษณ์ พาชนิต. การหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2545;17(3):171-79.
4. นพรัตน์ ชูพิริขันธ์. การศึกษาความชุกและปัจจัยจากการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อในบุคลากรโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
5. เกரியงไกร บุญญาประภา, จุฬารัตน์ จิโน. ทำางการทำงานที่เป็นอันตรายและอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างอันเกี่ยวเนื่องจากการทำงานของพนักงานเปล โรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุข* ล้านนา 2562;15(1):35-46.
6. กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. พิจิตร: โรงพยาบาลพิจิตร; 2565.

7. พัทธรินทร์ ใจจุ่ม, ทศนพงษ์ ต้นติปัญจพร. ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์เพื่อลดอาการปวดเมื่อยหลัง และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของคณงานทอผ้าด้วยมือ ตำบลแม่แรง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี* 2561;20(3):29-39.
8. นางเยาว์ มานิตย์, วีระพร ศุทธาภรณ์, อนนท์ วสิทธิ์ธนานนท์. ผลของการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้รับงานเย็บเสื้อผ้าไปทำที่บ้าน. *พยาบาลสาร* 2554;38(4):93-105.
9. ยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลังในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพื้นที่ตำบลเขื่อนอำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2557; 23(4):601-08.
10. ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ, วีระพร ศุทธาภรณ์, ธาณี แก้วธรรมมานุกุล. ผลของการจัดกระทำด้านการยศาสตร์ต่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและอาการปวดหลังของคนทำงานแกะสลักไม้. *พยาบาลสาร* 2560;44(3):77-89.
11. Ratzon NZ, Bar-Niv NA, Rroom P. The effect of a structured personalized ergonomic intervention program for hospital nurses with reported musculoskeletal pain: An assigned randomized control trial. *Work* 2016;54(2):367-77.
12. Ergonomics Program Management. Oregon: Geigle Safety Group; 2017.

13. Paungmali A, Joseph LH, Sitalertpisan P, Pirunsan U, Uthaikhup S. Lumbopelvic core stabilization exercise and pain modulation among individuals with chronic nonspecific low back pain. *Pain Pract* 2017;17(8):1008-14.
14. ลดาวรรณเต็มวรกุล. ปวดหลังส่วนล่างจากงานจัดการอย่างไร. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดมหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=1815>
15. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis* 1978;37(4):378-81. doi: 10.1136/ard.37.4.378. PMID: 686873; PMCID: PMC1000250.
16. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann. Phys. Rehabil. Med* 2011;54(5):319-35.
17. ธนรัช เป้าซัง. Stretching การยืดเหยียดกล้ามเนื้อนั้นสำคัญไฉน? [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: งานสร้างเสริมสุขภาพคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1386>
18. ACSM (American College of Sports Medicine). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2006.
19. นภมณ ยำรวง, โสภภาพรณ อินดี๊ะเผือก. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกร ชาวนา. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2559;17(3):73-81.
20. กุสุมา พงนา. ผลของโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการยศาสตร์ต่ออาการปวดและคุณภาพชีวิตของพยาบาลที่เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อมัย์โอฟาเซียล. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี* 2565;30(1):45-57.
21. เภยญาภา ศรีปัญญา, บรรณสิทธิ สิทธิบรรณกุล. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์การทำงานร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ความสามารถในการทำกิจกรรม และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังในคนทำอาชีพทอผ้าย้อมคราม. *วารสารศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ* 2563;7(1): 27-40.
22. นิวัฒน์ บุญสม. การพัฒนาความอ่อนตัวด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ* 2560; 10(2): 2173-84.
23. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สาระสุขภาพ เกร็ดความรู้สุขภาพ อาการปวดกล้ามเนื้อ[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.thaihealth.or.th/?p=228007>.
24. Cox JM. Low back pain: Mechanism, diagnosis, treatment. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	80.0
หญิง	7	20.0
อายุ (ปี)		
<40	19	54.3
40-50	6	17.1
>50	10	28.6
เฉลี่ย (SD)	40.9	(11.9)
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)		
<18.5	1	2.9
18.5-22.9	8	22.8
23-24.9	10	28.6
≥25	16	45.7
เฉลี่ย (SD)	25.8	(4.8)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	2.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	5.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	25.7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	22	62.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	16	45.7
มี	19	54.3
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	13	37.1
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	3	8.6
ดื่มเป็นประจำ	19	54.3
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	11	31.4
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	20.0
สูบเป็นประจำ	17	48.6
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	27	77.1
ออกกำลังกายเป็นประจำ	8	22.9

ตารางที่ 2 คะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างภายหลังจากได้รับโปรแกรม 1 และ 3 เดือนเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม

คะแนน ความปวด	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน	p-value	หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน	p-value
	ค่าเฉลี่ย	5.2	3.9	<0.001	3.5
SD	2.6	1.9		2.1	

ตารางที่ 3 ระดับความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังภายหลังจากได้รับโปรแกรม 1 และ 3 เดือนเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน		p-value	หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	
	ระดับความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อหลัง							
ต่ำ	5	14.3	3	8.6	0.500	3	8.6	0.250
ค่อนข้างต่ำ	5	14.3	5	14.3		5	14.3	
พอใช้	18	51.4	17	48.5		15	42.9	
ดี	4	11.4	5	14.3		6	17.1	
ดีมาก	3	8.6	5	14.3		6	17.1	
ระดับความอ่อนตัวของ กล้ามเนื้อหลัง								
ต่ำ	20	57.1	17	48.5	1.000	16	45.7	1.000
ค่อนข้างต่ำ	6	17.1	10	28.6		6	17.1	
พอใช้	5	14.3	3	8.6		8	22.9	
ดี	2	5.7	3	8.6		2	5.7	
ดีมาก	2	5.7	2	5.7		3	8.6	

ตารางที่ 4 คะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างที่ลดลง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเมื่อติดตาม 3 เดือน

ผลลัพธ์	difference	95%CI	p-value
คะแนนความปวด	-1.7	-1.1, -2.2	<0.001

ตารางที่ 5 ระดับความแข็งแรงและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเมื่อติดตาม 3 เดือน

ผลลัพธ์	ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง		ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลดลง	2	5.7	2	5.7
เท่าเดิม	21	60.0	24	68.6
ดีขึ้น	12	34.3	9	25.7

การประเมินผลโครงการและข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี

Evaluation of projects and policy proposals for prevention and resolution of injury and death from the main road accident in Ratchaburi Province

สุรภา ขุนทองแก้ว วท.ม.

Surapa Khuntongkaew

(วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ)

(Social and Health System Management) M.S.

นางสลิลดา มั่นคง พย.บ (พยาบาลวิชาชีพ)

Salinda munkong (Bachelor of Nursing Science) B.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและประเมินผลโดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินผลของโครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี 2) เพื่อศึกษาปัญหา และความคิดเห็นของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดราชบุรีต่อความสำเร็จของโครงการ การป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี 3) เพื่อเสนอแนวทางการสำเร็จการเสนอข้อมูลเชิงนโยบายโครงการการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัย 5 หน่วยงาน รวมทั้งหมด 161 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และแบบ

สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างการวิเคราะห์ข้อมูลใช้เนื้อหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า อุบัติเหตุการเสียชีวิตลดลงแต่ยังพบว่ามีผู้เสียชีวิต ปัญหาที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และมีผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรกมาจากปัจจัยด้านคน เช่น 1) ไม่สวมหมวกนิรภัย 2) ขับรถเร็วกว่ากำหนด 3) ตัดหน้ากระชั้นชิด 4) ไม่คาดเข็มขัด 5) ทักษะไม่ดี ปัญหาและความคิดเห็นในการประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบ CIPP ในด้านบริบท พบ $\bar{X} = 4.39$, SD 0.67, ด้านปัจจัยนำเข้า $\bar{X} = 4.24$, SD 0.81, ด้านกระบวนการดำเนินการ $\bar{X} = 4.28$, SD 0.71, ด้านการประเมินผล $\bar{X} = 4.28$, SD 0.73 โดยรวม $\bar{X} = 4.30$ SD 0.73 อยู่ในระดับดีมากในแต่ละด้านมีความคิดเห็นมีการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด แนวทางการสำเร็จการเสนอข้อมูลเชิงนโยบายโครงการการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุ 1) ความร่วมมือกัน 2) มีแนวทางการของงบประมาณ 3) การสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัย 4) การประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง 5) การบริหารแบบบูรณาการ แนวทางการพัฒนางานวิจัยให้ความสำเร็จผู้วิจัยนำสู่การพัฒนาการสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยโดยการอบรมให้ความรู้กับประชาชนที่มาขอใบอนุญาตขับขี่รถที่ขนส่งจังหวัดราชบุรี.

Abstract

This research and evaluation aimed 1) to evaluate the project for prevention and resolution of the main road accident in Ratchaburi Province 2) to study the problems and the opinions of the Ratchaburi Provincial Road Safety Center Committee on the success of the project for prevention and solution of the main road accident in Ratchaburi Province 3) to propose guidelines for success and policy information to the project prevention and solution of the main road accident in Ratchaburi Province. The sample group consisted of 5 experts and safety center committee from 5 agencies totaling 161 people. The research tool was questionnaire and semi-structured interviews. Data was analyzed by content, percentage, arithmetic mean and standard deviation. Results: Accidental deaths have decreased, but there were still deaths. Problems caused by accidents and the top 5 of death were from human factors such as 1) not wearing the safety helmet 2) driving faster than the speed limit 3) passing in front of the car very close 4) not wearing the seat belt 5) poor visibility. Problems and opinions in evaluating projects by the CIPP model found that in each aspect: the context was $\bar{X} = 4.39$, SD 0.67, the input factor was $\bar{X} = 4.24$, SD 0.81, the process was $\bar{X} = 4.28$, SD 0.71, the evaluation was $\bar{X} = 4.28$, SD 0.73. Overall was $\bar{X} = 4.30$ SD 0.73 at very good level in each aspect with the highest level of opinion and evaluation. Guideline for success in proposing the policy information of the project for accident prevention a resolution: 1) cooperation 2) guideline for requesting budget 3) strengthening safety awareness 4) public relation 5) integrated management on guideline for developing research to success. The researcher developed the safety awareness by providing knowledge and training people who apply for the driver's license at Ratchaburi Provincial Transport

คำสำคัญ : การประเมินผลโครงการ, ข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหา, อุบัติเหตุทางถนน

Key words

Project evaluation, policy proposals for prevention and resolution, road accidents

บทนำ

จังหวัดราชบุรีตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคกลาง ห่างจาก กรุงเทพมหานครประมาณ 100 กิโลเมตร เดินทาง สะดวกทั้งรถยนต์ส่วนตัว รถโดยสารประจำทาง และ รถไฟ มีประชากรหลายชนชาติ เช่น ไทยพื้นถิ่นราชบุรี ไทยเชื้อสายจีน ไทยวน มอญ เขมร ลาว เวียง กะเหรี่ยง ไทดำ หรือชาวโซ่ง เป็นจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ ที่สุดในภาคตะวันตก มีทั้งตลาดกลางผักผลไม้ มีขนาดใหญ่ที่สุด มีการเลี้ยงปศุสัตว์มากที่สุด มีโรงไฟฟ้า และ โรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่หลายแห่ง ปัจจุบันมี โรงงานทั้งสิ้น 1,923 โรงงาน ประชาชนส่วนใหญ่ ใช้พาหนะหลายแบบ ทั้งรถยนต์ส่วนตัว รถโดยสาร ประจำทาง รถไฟ และรถมอเตอร์ไซค์ ในการเดินทางในจังหวัดราชบุรี ส่วนใหญ่ใช้มอเตอร์ไซค์ในการ ประกอบอาชีพไปทำงาน ถนนเพชรเกษม ถนนสายหลักที่ผ่านจังหวัดราชบุรี

ปัญหาสาธารณสุขทางด้านทางสังคม และ เศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก คือปัญหา อุบัติเหตุจลาจลที่เกิดขึ้นจากความเจริญทางเทคโนโลยี ในยุคปัจจุบัน ความสะดวกทางถนนหนทาง ความ รวดเร็วของพาหนะ ทำให้เกิดอุบัติเหตุในการเกิด อุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุ จากจลาจลทางบกซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สร้างความ สูญเสียของทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกประจำ ประเทศไทยกล่าวว่า ปัจจุบันจำนวนผู้เสียชีวิตจาก ถนนชนบททั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 1.25 ล้านคน เป็น 1.35 ล้านคน ซึ่ง เท่ากับวันละ 3,700 คน มากกว่าครึ่งของ ผู้เสียชีวิตเหล่านี้เป็นผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ จักรยาน และคนเดินถนน1 การเสียชีวิตจากภัยบนท้องถนน ของประเทศไทยยัง เป็นอันดับ 1 ในเอเชีย อันดับ 1 ใน ASEAN และอันดับ 1 ใน SEARO (บังคลาเทศ อินเดีย อินโดนีเซีย ศรีลังกา และ ไทย) โดยเฉพาะ

สัดส่วนการเสียชีวิตจากเหตุที่เกิดกับรถจักรยานยนต์ ของประเทศไทยสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก คือ ร้อยละ 74.4 ไทยจะเป็นประเทศที่มีสัดส่วนการตายจากรถ จักรยานยนต์ มากเป็นอันดับ 1 ของโลก และเพิ่มขึ้น จากรายงานปี ค.ศ. 20152 ประเทศไทยมีอัตราการ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ต่อ ประชากร 100,000 คน ในปี 2565 ร้อยละ 8.92 ประเทศไทยประกาศเป้า หมายลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจลาจลให้เหลือ 12 ต่อแสนประชากรในปี 2570 จากจำนวน 27.2 ต่อ แสนประชากรในปี 25634 การเสียชีวิตจากการจลาจล มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และส่วนใหญ่ประชาชน ยังขาดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุและไม่ ปฏิบัติตามกฎหมาย ดังนั้น การสร้างรูปแบบด้าน ความปลอดภัยขึ้นในชุมชน จะช่วยให้ คนในชุมชนมี ความรู้ มีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่ดี ซึ่งจะนำ ไปสู่การลดอุบัติเหตุด้านการจลาจล ต่อไป5

ความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจาก การจลาจลบนท้องถนนยังก่อให้เกิดความสูญ สูญหลายด้าน ประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บอาจ กระทบไปถึงคนรอบข้างที่เกี่ยวข้อง ธุรกิจและ งานที่รับผิดชอบอาจต้องหยุดชะงัก รวมไปถึง เศรษฐกิจของชาติ ทั้งของเอกชน และของรัฐมี มูลค่าเป็นเงินหลายพันล้านบาท กิจกรรมต่าง ๆ เกิดความล่าช้าเพราะขาดกำลังคน บางครอบครัวอาจ ต้องสูญเสียหัวหน้าครอบครัว หรือกำลังสำคัญของ ครอบครัว เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ทำให้ ลูกหลานต้องหยุดเรียน ครอบครัวเกิดความยาก ลำบาก เห็นได้ว่าอุบัติเหตุหากเกิดขึ้นแล้ว ย่อมส่งผล เสียเป็นลูกโซ่ตามมา⁶

ตารางที่ 1 แสดงสถิติอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดราชบุรี ปี 2558-2562

พ.ศ. 2558		พ.ศ. 2559		พ.ศ. 2560		พ.ศ. 2561		พ.ศ. 2562	
จำนวนราย	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
245	28.78	254	33.58	271	31.22	237	28.01	247	29.19

จากสถิติอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจังหวัดราชบุรี สำนักงานศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี เห็นความสำคัญมา จึงมีโครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี โดยความร่วมมือของหน่วยงานศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี เป็นโครงการการสร้างอุโมงค์ทางสี่แยกตามจุดต่างๆ ภายในจังหวัดราชบุรี มีการดำเนินงาน และบูรณาการการทำงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามแผนแม่บทที่ผ่านมาคือ พ.ศ. 2561 -2564 ใช้เป็นกรอบการขับเคลื่อนการดำเนินงานและบูรณาการ การทำงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางที่สามารถนำไปใช้ร่วมกัน โดยการใช้ในรูปแบบ 5 E คือ Enforcement law, Education, Engineering, Evaluation, EMS.

โครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี หลักการปฏิบัติใน 5 E เช่น การทำงาน การบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement law) (ตำรวจ) เช่น มีการติดป้าย ปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบ ให้มีความทันสมัยเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของ ผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภท ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเร็วให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับหลักสากล การให้ความรู้ (Education) (ขนส่งจังหวัด) การออกแบบ (Engineering) แขนงทางหลวงเช่น ปรับปรุงถนนให้ปลอดภัย และใช้ข้อมูลอุบัติเหตุเชิงพื้นที่เพื่อจัดการ จุดเสี่ยงในถนนทุกรูป

แบบ การสร้างอุโมงค์ทางสี่แยก การใช้เทคโนโลยี และการแก้ไขจุดเสี่ยงในระดับพื้นที่ การประเมินผล (Evaluation) (ปก=สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย) มีกระบวนการติดตามและประเมินผล ทั้งระบบ มีการบริการฉุกเฉิน (EMS) สาธารณสุข) โดยมีการความครอบคลุมของบริการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและลดเวลาการตอบสนอง หลังเกิดอุบัติเหตุ

จากการแก้ปัญหา ถนนเพชรเกษมสายหลัก เป็นเส้นทาง ที่มีคนใช้สัญจร จำนวนมาก มีทางร่วม ทางแยก หลายจุด แต่ขาดงบประมาณในการแก้ปัญหา ทำให้ มี ผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิต ช่วงทางร่วมทางแยกบ่อยครั้ง ซึ่งคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดราชบุรี ได้ร่วมกันขับเคลื่อน แก้ไขปัญหามาตลอด โดยทางร่วมทางแยกมีการแก้ไขด้านวิศวกรรมจราจร เช่น ทำอุโมงค์ทางลอด 10 จุด ทำสะพานต่างระดับข้ามแยก 6 แห่ง สัญญาณไฟจราจร 5 จุด ซึ่งการดำเนินการด้านวิศวกรรมจราจรใช้งบประมาณสูงต้องการให้ถนนเพชรเกษมสายหลัก มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็น ศูนย์

การดำเนินงานมีการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ การศึกษาเชิงคุณภาพในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการบริหารตามนโยบายของภาครัฐ ในการดำเนินโครงการของแผน ในทุกขั้นตอนผลของโครงการเป็นไปตามแผนที่วางไว้ การคมนาคมช่วยให้ชุมชนได้รับความสะดวกสบาย การเดินทางสะดวกมากขึ้น อุบัติเหตุการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี ตามจุดเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะทางแยกที่มีการทำอุโมงค์ อัตราการ

เสียชีวิตเป็นศูนย์

ผลของโครงการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรีจากความร่วมมือของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดราชบุรี สถิติจำนวนผู้เสียชีวิต ปี 2561-2562 พบข้อมูลอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรจากอุบัติเหตุทางถนนสายหลัก กับถนนสายรองในจังหวัดราชบุรี คือ ปี พ.ศ. 2561 มีผู้เสียชีวิตร้อยละ 55.27/131 ราย ปี 2562 ลดลง เหลือร้อยละ 46.55/115 ราย 8 และสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพชรเกษมสายหลัก ในปี พ.ศ. 2563-2566 โดยภาพรวมสถิติการเสียชีวิต ใน 5 อำเภอทั้งหมด = 27, 16, 17, 19 ราย ต่อ/ปีตามลำดับ 9 ปัญหาหลังจากดำเนินการทุกภาคส่วนแล้วยังมีผู้เจ็บ และเสียชีวิต ซึ่งทำให้ ทีมภาคีเครือข่ายลดอุบัติเหตุของจังหวัดราชบุรี จึงมาร่วมกันประเมินผล และหาสาเหตุที่ยังมีการบาดเจ็บและเสียชีวิตอยู่ ซึ่งเป็นที่มาของการทำวิจัยในครั้งนี้ เพื่อหาช่องว่างที่ขาดการแก้ไข ที่ยังเป็นปัญหา และ ร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อลดการบาดเจ็บ และเสียชีวิตต่อไป

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะประเมินโครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่ต้องเข้าใจว่าพื้นฐานที่มาของโครงการ แต่ละด้านของโครงการนั้นมีผลการดำเนินการเป็นอย่างไรโดยผู้วิจัยใช้รูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ตามแนวคิดของ Stufflebeam ในการประเมิน เนื่องจากเป็นการประเมินโครงการทั้งระบบ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านบริบท 2) ปัจจัยนำเข้า 3) กระบวนการบริหารโครงการ และ 4) ผลผลิตโครงการ ตลอดจนการเสนอแนวทางการสำเร็จการเสนอข้อมูลเชิงนโยบายโครงการการป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทาง

ถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลของโครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี ใน 4 ด้านการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลสำเร็จของโครงการ

2. เพื่อศึกษาปัญหาและความคิดเห็นของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดราชบุรีต่อความสำเร็จของโครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี

3. เพื่อเสนอแนวทางการสำเร็จการเสนอข้อมูลเชิงนโยบายโครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี

วัสดุและวิธีการ

ในการดำเนินงานมี 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาโครงการต่างๆ ในการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี

ระยะที่ 2 การประเมินโครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี

ขั้นตอน 2.1 การประเมินโครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model คือ ประเมินบริบท หรือสภาพแวดล้อม (C : Context evaluation) ปัจจัยนำเข้า (I : Input evaluation) กระบวนการดำเนินโครงการ (P : Process evaluation) และผลการดำเนินโครงการ (P : Product evaluation)

ขั้นตอน 2.2 ศึกษาวิเคราะห์ความคิดเห็นโดย

การสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องใน ปัญหาและ ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการของผู้ให้ข้อมูล ความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทาง ถนนจังหวัดราชบุรี

ระยะที่ 3 การศึกษาแนวทางข้อเสนอแนะเชิง นโยบายการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ บาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของ จังหวัดราชบุรี

ระยะที่ 1 ศึกษาเอกสารความรู้ งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องในการประเมินโครงการต่างๆ และศึกษา การประเมินบริบทหรือสภาพแวดล้อมจังหวัดราชบุรี ในการดำเนินงานของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี มีทั้งหมด 5 หน่วยงาน คือ 1) หน่วยงานตำรวจ 2) หน่วยงานแขวงทางหลวง จังหวัด 3) หน่วยงานขนส่งจังหวัด 4) หน่วยงาน สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด 5) หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ เครือข่ายกู้ชีพใน 5 อำเภอ

การประเมินโครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด ราชบุรี รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model คือ

ประเมินบริบท หรือสภาพแวดล้อม (C : Context evaluation) ปัจจัยนำเข้า (I : Input evaluation) กระบวนการดำเนินโครงการ (P : Process evaluation) และผลการดำเนินโครงการ (P : Product evaluation

ระยะที่ 2 การประเมินโครงการสร้างเครือข่าย ความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทาง ถนนจังหวัดราชบุรี

ขั้นตอนที่ 2.1 ศึกษาปัญหาในการประเมิน โครงการ โครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัด ราชบุรีในถนนสายหลักตัดผ่าน คือ อำเภอบ้านโป่ง บางแพ โพธาราม เมืองราชบุรี ปากท่อ ประชากรรวม 5 หน่วยงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ หน่วยงาน ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี ใน 5 อำเภอ ตามถนนสายหลักผ่าน 5 หน่วยงาน มีผู้ยินดีเข้าร่วม การวิจัยทั้งหมด ตามเกณฑ์คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งหมด 161 คน เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รายละเอียด 5 แห่งมี ดังนี้ คือ

ตารางที่ 1 การคำนวณการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกทั้งหมด n=161

หน่วยงาน	ประชากร N	กลุ่มตัวอย่าง (n) คน	อยู่ในกฎเกณฑ์ คน	ยินดีเข้าร่วม โครงการ (คน)
1. หน่วยงานตำรวจ 5 อำเภอตามถนนสายหลัก	127	80	70	62
2. หน่วยงานแขวงทางหลวงจังหวัด	26	20	10	10
3. หน่วยงานขนส่งจังหวัด	10	8	7	5
4. สำนักงานการป้องกันและบรรเทา สาธารณภัยจังหวัด	5	5	5	4
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีและ เครือข่ายกู้ชีพ 5 อำเภอ	262	120	90	80
รวม	430	225	182	161

- *เกณฑ์การคัดเลือก* กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ทำงานในหน่วยงานความปลอดภัยทางถนนสายหลักผ่านจังหวัดราชบุรีมีความยินดีร่วมในการวิจัย มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปีทำงานในหน่วยงานความปลอดภัยทางถนนสายหลักผ่านจังหวัดราชบุรี

- *เกณฑ์การคัดออก* ทำแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ขอลาออกจากงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินปัญหาผลของโครงการใน 4 ด้าน มีข้อคำถาม 40 ข้อ

แบบสอบถามมาตรฐานประเมินค่าชนิด 5 ระดับแบบ Likert ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายเป็น 5 ระดับคือ

ระดับคะแนน	ความหมาย
1.00 – 1.80	มีความคิดเห็นต่อข้อความอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.81 – 2.60	มีความคิดเห็นต่อข้อความอยู่ในระดับน้อย
2.61 – 3.40	มีความคิดเห็นต่อข้อความอยู่ในระดับปานกลาง
3.41 – 4.20	มีความคิดเห็นต่อข้อความอยู่ในระดับมาก
4.21 – 5.00	มีความคิดเห็นต่อข้อความอยู่ในระดับมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลทั่วไปและการศึกษาปัญหา วิเคราะห์ใช้ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอน 2.2 ศึกษาวิเคราะห์ความคิดเห็นโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่เกี่ยวข้องในปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการของผู้ให้ข้อมูลความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ คณะกรรมการความปลอดภัยทางถนน จำนวน 5 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านหน่วยงานตำรวจ 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านแขวงทางหลวงจังหวัด มี 3) ขนส่งจังหวัด 4) หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด และ 5) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ทุกคนมีประสบการณ์ มากกว่า 5 ปี. เป็นผู้บริหารสูงสุดในหน่วยงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่แทน เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นผู้บริหารสูงสุดในหน่วยงานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่แทน 2) เป็นผู้มีความรู้ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา : แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างรูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model

การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลคุณภาพการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลที่เป็นปัญหาที่ได้จากแบบสอบถามมาใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยายโดยดูว่าสิ่งที่ผู้ตอบในแบบสอบถามนั้นตอบว่าเป็นปัญหามากที่สุด แล้วนำมาเรียงลำดับความถี่

ระยะที่ 3 สังเคราะห์แนวทางการโครงการ เพื่อพัฒนาตามข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี โดยการจัดทำแนวทางการความสำเร็จของโครงการ และการนำโครงการไปใช้แก้ไขปัญหาการป้องกันอุบัติเหตุบนถนน

ขั้นตอนการนำข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี

1) นำปัญหาที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์ รวบรวมความสำคัญของปัญหาเรียงตามลำดับความสำคัญตามการวิเคราะห์ในแต่ละด้าน โดยจัดเป็นแนวทางเรียงตามลำดับความสำคัญเป็นข้อๆ เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะแก้ไขอีกครั้ง ทางออนไลน์

2) จัดทำแนวทางการประเมินโครงการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บ เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี และผลสำเร็จของโครงการ

3) จัดทำรูปแบบข้อเสนอแนะทั้งหมดเพื่อให้เป็นแนวทางในป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ บนถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี นำข้อเสนอแนะเสนอต่อที่ประชุมเพื่อปรับปรุงตามคำแนะนำ

4) นำแนวทางที่ได้รับการปรับปรุงเรียบร้อยแล้วเป็นแนวทางความสำเร็จของโครงการไปพัฒนากับประชาชน ที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือเบื้องต้น จำนวน 3 คนคือ 1) หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (อดีตเป็นรักษาการหัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดราชบุรี) 2) ขนส่งจังหวัดมุกดาหาร (อดีตเป็นนักวิชาการขนส่งที่ จ.ราชบุรี) 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลบางแพ มีค่า IOC อยู่ที่ 0.94 (มีเอกสารแนบท้าย)

- การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามหน่วยงานความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี โดยการนำไปทดลอง (Try out) กับหน่วยงานความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรีที่ไม่ใช่ถนนสายหลักผ่าน จำนวน 30 คน จากนั้นนำไป

หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาปัญหา ที่มาของโครงการต่างๆ ที่ช่วยลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสายต่างๆ รวมถึงถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี การทำงานร่วมกันของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี

2. ศึกษาประเมินโครงการต่างๆ ใช้หลักการประเมินโครงการโดยใช้ CIPP Model คือด้านการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลสำเร็จของโครงการ

3. นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ความสำเร็จของโครงการในแต่ละรูปแบบของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัย ทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นของโครงการ

4. นำข้อมูลมาจัดทำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง โดยเก็บข้อมูลตามกระบวนการวิจัย คือ แจกแบบสอบถาม และตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมกำหนดระยะเวลาในการจัดส่งข้อมูล

5. ติดต่อหน่วยงาน 5 หน่วยงานในเครือข่ายคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยโดยทำจดหมายไปยังหน่วยงาน เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และตอบแบบสอบถาม

6. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus groups) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยจังหวัดราชบุรี วิธีการโดยการนัดวัน เวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะส่งโครงร่างงานวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญอ่านก่อนล่วงหน้า 1 สัปดาห์ จนกระทั่งผู้เชี่ยวชาญพร้อมให้สัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูล: นำข้อมูลเชิงปริมาณ มาวิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย : นำร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ย และแปลความระดับความคิดเห็น ดังนี้

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนำมาสรุปเป็นแนวทางโดยการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์

เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลที่เป็นปัญหาที่ ได้จากแบบสอบถามมาซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง บรรยายโดยดูว่าสิ่งที่ผู้ตอบในแบบสอบถามนั้นตอบว่า เป็นปัญหามากที่สุด แล้วนำมาเรียงลำดับความถี่

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เลขที่หนังสือรับรอง RbPh REC ๐๙๒/๒๕๖๖

ผลการศึกษา

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการดำเนินงานโครงการต่างๆ ของ คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนน ระดับจังหวัด

หน่วยงาน	โครงการ และกิจกรรมของโครงการ
1) การดำเนินการกิจกรรม หน่วยงานตำรวจจราจร,	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการโดยแสดงกิจกรรมการ MOU ,โครงการการรณรงค์การ ขับขี่อย่างปลอดภัย - โครงการอาสาจราจรจากชุมชน, โครงการ ตั้งด่านชุมชน, - โครงการนำร่อง 1 ตำบล 1 โรงเรียน - โครงการจัดอบรมหลักสูตรวิทยากรกระบวนการในงานความปลอดภัยทางถนน
2) หน่วยงานแขวงทางหลวงจังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการปรับปรุงถนนให้ปลอดภัย โดยนำข้อมูลอุบัติเหตุเชิงพื้นที่ เพื่อจัดการ จุดเสี่ยงในถนนทุกรูปแบบ - โครงการการสร้างอุโมงค์ทางสี่แยก เช่น อุโมงค์ลอดบ้านสิงห์ นิคมอุตสาหกรรม จ.ราชบุรี, อุโมงค์ลอดวัดใหญ่อ่างทอง ทำทางลอด อุโมงค์วัดจันทราธรรมจังหวัดราชบุรี, ทางลอดวัดหนองน้ำขาว และ ทางลอดวัดเตาอิฐ, กิจกรรมการใช้เทคโนโลยีและการแก้ไขจุดเสี่ยง ในระดับพื้นที่การติดป้าย, กิจกรรมในการใช้กฎระเบียบให้มีความ ทันสมัยเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนนทุกประเภท, กิจกรรมปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเร็วให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้นและ สอดคล้องกับหลักสากล
3) การดำเนินการหน่วยงานขนส่ง จังหวัด	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการการสร้างความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานยานยนต์และ การใช้งานที่ถูกต้อง - ให้ความรู้ด้านมาตรฐานรถจักรยานยนต์และการใช้งานอย่าง ปลอดภัย การตรวจจับความเร็ว

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการดำเนินงานโครงการต่างๆ ของ คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนน ระดับจังหวัด (ต่อ)

หน่วยงาน	โครงการ และกิจกรรมของโครงการ
4) การดำเนินการกิจกรรมหน่วยงาน สำนักงานการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด	- ประชุมการสร้างจิตสำนึก ,โครงการการจัดอบรมอาสาจราจร ในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน - โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ด้านการใช้รถและถนน ให้กับเยาวชนในสถานศึกษา มีกระบวนการติดตามและประเมินผล ทั้งระบบ
5) การดำเนินงานกิจกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเครือข่าย กู้ชีพ	1. กิจกรรมการประชาสัมพันธ์หมายเลข 1669 ตามสื่อต่างๆ 2. โครงการขยายเครือข่ายหน่วยกู้ชีพให้ครอบคลุมทุกตำบล (ปัจจุบัน มี อปท.เข้าร่วมร้อยละ30) 3. โครงการ จัดอบรมอาสากู้ชีพหลักสูตร EMR 100 คน 2 รุ่นๆ ละ 5 วัน 5. โครงการจัดอบรมอาสากู้ชีพระดับ EMT 6. โครงการการจัดซื้อเครื่อง เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) ให้ รพ.สต./รพ.ทุกแห่ง 7.โครงการจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขอาสาสมัครนักเรียน ผู้นำชุมชน ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) 8. โครงการซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุเหตุหมู่ 9. โครงการจัดแข่งขันระบบหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน EMS RALLY เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมกู้ชีพทุกระดับ

จากตารางที่ 2 จากการศึกษาของ คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดราชบุรี พบว่า 5 หน่วยงานมีโครงการ และกิจกรรมในการช่วยให้ประชาชนทุกคนปลอดภัยจากการใช้รถ ใช้ถนนได้อย่างปลอดภัย

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบอุบัติเหตุบนถนนทั้งอำเภอ กับถนนสายหลัก ต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนน รวมทั้งหมด ปี 2563-2566

ลำดับ	อำเภอ	ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566	
		ถนนทั้งอำเภอ	ถนนเพชรเกษม	ถนนทั้งอำเภอ	ถนนเพชรเกษม	ถนนทั้งอำเภอ	ถนนเพชรเกษม	ถนนทั้งอำเภอ	ถนนเพชรเกษม
1	เมืองราชบุรี	51	9	73	9	45	7	31	6
2	บ้านโป่ง	45	0	46	1	40	0	35	0
3	โพธาราม	46	10	45	5	32	5	32	3
4	บางแพ	9	0	12	0	12	2	14	7
5	ปากท่อ	20	8	13	1	28	3	18	3
	รวม	171	27	189	16	157	17	130	19

จากตารางที่ 3 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนทั้งอำเภอ กับถนนสายหลักใน 5 อำเภอ พบว่า ถนนสายหลักยอดรวม ในปี 2563-2566 สูงสุด 27 ราย 16 ราย 17 ราย และ 19 ราย ตามลำดับ

ตารางที่ 4 สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และเสียชีวิตพบว่า สาเหตุอันดับแรกคือขับรถไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็วกว่ากำหนด ตัดหน้ากระชั้นชิด ไม่คาดเข็มขัด ทักษะไม่ดี ตามลำดับ

สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และมีผู้เสียชีวิต	จำนวน (ครั้ง)
1. ไม่สวมหมวกนิรภัย	141
2. ขับรถเร็วกว่ากำหนด	77
3. ตัดหน้ากระชั้นชิด	59
4. ไม่คาดเข็มขัด	39
5. ทักษะไม่ดี	13

ระยะที่ 2 ปัญหาในการประเมินโครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานดูแลความปลอดภัยรวม 5 หน่วยงานรวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 161 คน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย พบว่า เป็นเพศชายมากที่สุดร้อยละ 62.1 และเพศหญิง ร้อยละ 37.9 ซึ่งอายุช่วงระหว่าง 20-30 ปีมากที่สุดร้อยละ 45.96 รองลงมา ช่วงอายุ 31-50 ปี ร้อยละ 22.36 ในด้าน

ประสบการณ์การทำงานมากที่สุดเป็นเวลาช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 45.34 รองลงมาช่วง 6-10 ปีร้อยละ 19.25 นอกจากนั้นทำงานมีประสบการณ์น้อยกว่าร้อยละ 10 สำหรับเงินเดือนอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาทร้อยละ 31.7 ช่วง 25,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 24.2 ช่วงในส่วนวุฒิการศึกษาพบต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 52.17 รองลงมาปริญญาตรีร้อยละ 41.6 และปริญญาโทร้อยละ 6.2 ตามลำดับ

ปัญหาในการประเมินโครงการสร้างเครือข่าย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินโครงการ ผลการความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทาง ดำเนินโครงการ มีรายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้ ถนนจังหวัดราชบุรี ใน 4 ด้าน คือ ประเมินบริบท

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวมรายด้านทั้งหมด (n=161)

ข้อที่	รายการ	X	SD	ระดับความหมาย
1	ด้านการประเมินบริบท	4.39	0.67	มากที่สุด
2	ด้านการประเมินปัจจัยนำเข้า	4.24	0.81	มากที่สุด
3	ด้านการประเมินกระบวนการดำเนินการ	4.28	0.71	มากที่สุด
4	ด้านการประเมินผล	4.28	0.73	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยโดยรวม		4.30	0.73	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 โครงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี ใน 4 ด้าน ค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.30 SD 0.73 อยู่ในระดับดีมากที่สุด และโครงการในแต่ละด้านมีการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และการพัฒนาโครงการที่ท่านต้องการปรับปรุงแก้ไขมากที่สุดในการครั้งต่อไป ความคิดเห็นปัจจัยด้านคนในด้านการต้องการให้แก้ไขมากที่สุดคือ กำหนดให้มีการสวมหมวกนิรภัยอย่างเข้มงวดทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ร้อยละ 76.40 2) ปัจจัยด้านถนน เช่น ไฟฟ้าแสงสว่างไม่เพียงพอ มีจุดเสี่ยงในพื้นที่ชุมชน ควรปรับปรุงแก้ไขคือ ควรมีสัญลักษณ์ให้ทุกคนทราบว่ามีการซ่อมบำรุงที่ชัดเจน ให้ทุกคนระวัง ร้อยละ 67.70 3) ปัจจัยด้านยานพาหนะ/อุปกรณ์ เช่น มีการตรวจสภาพรถ การ

คาดเข็มขัดนิรภัยขาดความพร้อมด้านอุปกรณ์ในรถไฟ ข่าจรูตกระจกมองไม่เห็นควรปรับปรุงแก้ไข ร้อยละ 60-61 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ควรปรับปรุงแก้ไขคือ ควรมีการตรวจตราจากหน่วยงานเป็นประจำทุกเดือน ร้อยละ 76.4

ขั้นตอน 1.2. วิเคราะห์ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ เป็นการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างในการดำเนินโครงการของผู้ให้ข้อมูลความร่วมมือคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี 5 ประเด็นสรุปได้ตามรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็น	รายละเอียด
1. ด้านการบังคับใช้กฎหมาย	1. การบังคับใช้กฎหมาย ควรเริ่มการปลูกฝังความรู้กฎหมายตั้งแต่วัยเด็กเป็นการปลูกฝังแต่เด็กเป็นการแก้ไข ปัญหาเชิงระยะยาว 2. หน่วยงานควรร่วมกันทุกฝ่าย เพื่อมีการบังคับใช้กฎหมายให้เคร่งครัดในการขับซิ่งรถประเภทต่างๆ เช่น การขับรถเร็วควรมีการบังคับกฎหมายที่ชัดเจนให้ประชาชนทราบทุกขั้นตอน มีการกำหนดโทษที่เข้มงวด 3. ความร่วมมือกันหลายๆหน่วยงานในการบังคับใช้กฎหมายให้ประชาชนปฏิบัติ จะประสบความสำเร็จมากกว่าให้หน่วยงานเดียวทำงาน 4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการตรวจสอบทางด้านกายภาพ เช่น ไฟฟ้าส่องสว่างของถนนต้องมองเห็นชัดเจน การบดบังด้านทัศนียภาพของต้นไม้ ในการขับรถต่างๆ สม่่าเสมอ
2.ด้านวิศวกรรมจราจร	1. การออกแบบความปลอดภัยในการใช้ถนนโดยวิศวกรรมการจราจร เช่นอุโมงค์สะพานข้ามแยก ค่านึงถึงปริมาณการใช้รถสามารถแก้ปัญหาทางรถติดและลดอุบัติเหตุทางถนนได้แต่ขาดการประชาสัมพันธ์ 2. ความปลอดภัยทางกายภาพสภาพแวดล้อมผู้ที่รับผิดชอบตรวจตรา เช่น ความสว่างของรถ ความสว่างของถนนสายหลัก ให้มีความส่องสว่างตลอดเส้นทางเพราะเป็นถนนสายตรง 3. หน่วยงานที่รับผิดชอบทางกายภาพควรมีการสำรวจสภาพแวดล้อมทางถนนต่อเนื่องเป็นประจำ 4. มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยปราศจากหลุมกรถนนผู้ขับขี่หรือผู้โดยสารต่าง ๆ ทางจราจรมันมีความชัดเจนมองเห็นได้ง่าย 5. การแก้ไขปัญหาทางการทำอุโมงค์การซ่อมเส้นทางที่มีจุดเสี่ยงก่ออุบัติเหตุ ควรพิจารณาจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ทุกหน่วยงานร่วมกันหาสาเหตุเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น เป็นช่องทางในการเสนอการของบประมาณ 6. ผู้บริหารควรเห็นความสำคัญของของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งที่เกิดเหตุควรมีการประชุมเพื่อแก้ไขปัญหา
3.ด้านการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ	1. การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือผู้พบเห็นเป็นบุคคลแรกในเหตุการณ์ควรมีความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 2. บุคลากรทางสาธารณสุข เช่น บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กู้ภัย มูลนิธิ ควรมีความรู้ในมาตรฐานเดียวกัน 3. สถานพยาบาลในการรับมอบผู้บาดเจ็บหรือผู้ประสบภัย เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลควรมีความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยการประเมินเบื้องต้นการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานควรเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง 4. มีการฝึกซ้อมระบบการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในแต่ละหน่วยงานให้รวดเร็วเป็นระบบที่มีมาตรฐานเดียวกันจัดความรับผิดชอบเป็นสัดส่วนตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ
4. ด้านพฤติกรรมของการขับซิ่งของผู้ขับซิ่งรถแต่ละประเภท	1. หน่วยงานควรมีความร่วมมือในการรณรงค์ให้ผู้ขับขี่มีพฤติกรรมในการขับซิ่งให้ปลอดภัย 2. ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจการสร้างจิตสำนึกในการรณรงค์ในทุกๆด้านโดยใช้กฎหมายที่ชัดเจนและจริงจัง 3. มีการตรวจสอบการใช้กฎหมายของผู้ขับซิ่งรถยนต์ต่างๆด้วยวิธีที่ทันสมัยเช่นมีกล้องจับความเร็ว หรือการติด GPS รถทุกคัน 4. การบูรณาการทุกภาคส่วนของคณะกรรมการทำงานความปลอดภัยเช่นหน่วยงานจราจร หน่วยงานทางหลวงหน่วยงานความปลอดภัยหน่วยงานสาธารณสุข เป็นต้น มีการประชุมกันทุกครั้งเมื่อพบปัญหา มีแนวทางร่วมกัน 5. การแก้ปัญหาในระยะยาวโดยการปลูกฝังให้เด็กมีความรู้ในการใช้รถใช้ถนนปฏิบัติตามกฎหมายจราจรการลงโทษผู้ที่ขับซิ่งการให้เด็กเกรดเข้มชัดนิรภัยเวลานั่งรถ การปลูกฝังในโรงเรียน
5.ด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัย	1. ควรมีการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยเห็นความสำคัญของการสร้างจิตสำนึกให้ผู้ขับขี่ในการใช้รถใช้ถนนเช่นปัญหาระดับต้นๆสามารถลดอุบัติเหตุได้ 2. การประชุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยบนถนนอย่างสม่ำเสมอโดยนำปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมาสอบสวนหาสาเหตุที่แท้จริงและนำปัญหามาแก้ไขร่วมกัน 3. ผู้นำในระดับจังหวัดอำเภอและท้องถิ่นควรเป็นผู้นำในการจัดการบริหารหน่วยงานอย่างเข้มงวด โดยการกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานเห็นความสำคัญจนทุกปัญหาที่เกิดขึ้น

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ เพื่อเสนอแนวทางการสำเร็จการเสนอข้อมูลเชิงนโยบายโครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาคู่ชีวิตเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี มีการสรุปเป็นแนวทางได้ดังนี้

1) การขอความร่วมมือทุกภาคส่วนให้เห็นความสำคัญ ในการพัฒนาศูนย์ความปลอดภัยทางถนนทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ 2) ควรมีแนวทางในการของบประมาณ ที่เป็นส่วนหนึ่งที่ต้องใช้ในการพัฒนาศูนย์ความปลอดภัยทางถนน ระดับจังหวัด ทุกหน่วยงานให้มีบทบาทในการจะผลักดันให้มีการของบประมาณในการแก้ปัญหาในทุกๆด้านและ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม 3) หลักการแก้ไขปัญหาด้านวิศวกรรมจราจรของจังหวัดราชบุรี เป็นตัวอย่างที่ดี ให้กับจังหวัดอื่น เช่น การแก้ปัญหาดังกล่าวร่วมทางแยกโดยการจัดสร้างอุโมงค์ทางลอด เมื่อดำเนินการไปแล้วทำให้สามารถลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในจุดที่แก้ปัญหาเป็นศูนย์ 4) แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการก่อสร้างอุโมงค์ทางลอดแต่ละแห่งใช้งบประมาณ ประมาณ 10-15 ล้าน แต่จุดที่มีการสร้างอุโมงค์มีผู้เสียชีวิตไม่ต่ำกว่า 5 ราย ซึ่งเป็นการดำเนินการที่คุ้มค่ามาก เป็นตัวอย่างของการคำนึงถึงผลลัพธ์ที่ประชาชนได้รับ 5) การสร้างความตระหนักในการใช้รถ ใช้ถนน ควรปลูกฝังวินัยด้านการจราจรตั้งแต่วัยเด็ก มีการสอนนักเรียนตั้งแต่เด็ก อาจอยู่ในวิชาที่เรียนเพื่อปลูกฝังด้านวินัยจราจร 6) นโยบายการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทุกโรงพยาบาล หน่วยกู้ชีพทุกแห่งได้มาตรฐาน สถานพยาบาลทุกแห่งทุกระดับ ควรมีการระบบการบริการการส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว การสื่อสารที่ทันสมัย สามารถติดต่อได้ทันทีครอบคลุมทุกพื้นที่

วิจารณ์

ผลของโครงการในการการป้องกัน และแก้ไข

ปัญหาคู่ชีวิตเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรีของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยใน 5 หน่วยงานผลที่ได้พบว่าการเกิดอุบัติเหตุการเสียชีวิตลดลงจากเดิม แต่ยังคงพบว่าการเสียชีวิต ปัญหาที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ และมีผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรกคือ ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็วกว่ากำหนด ดัดหน้ากระชั้นชิด ไม่คาดเข็มขัด ทัศนวิสัยไม่ดี สาเหตุมาจากปัจจัยด้านคน โครงการที่ควรดำเนินการต่อไปคือการสร้างความตระหนักให้กับประชาชนทุกระดับด้านความปลอดภัยทางถนน

ปัญหาด้านบริบทจังหวัดราชบุรีที่มีประชากรจำนวนมาก มีทั้งโรงงานอุตสาหกรรม โรงงานไฟฟ้า ตลาดกลางสินค้าการเกษตรมากที่สุด ยังพบว่ามีอุบัติเหตุการเสียชีวิตเกิดขึ้นสาเหตุจาก ปัจจัยด้านบุคคล สิ่งที่ต้องแก้ไขคือการเพิ่มการปฏิบัติการส่งเสริมความรู้ในการจัดการความปลอดภัย การใช้กฎหมาย การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาความปลอดภัย ในด้านกระบวนการนำเข้าไปในโครงการต่างๆในการป้องกันโดยการแก้ไขจุดเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น ทางแยกต่างๆการทำอุโมงค์เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุจนอัตราการเสียชีวิตเป็นศูนย์เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำเอาข้อมูลนี้ไปสานต่อในพื้นที่ที่มีจุดเสี่ยงในลักษณะเดียวกันจะลดการสูญเสีย ชีวิตของประชาชนได้ ด้านกระบวนการ เป็นกิจกรรมของโครงการที่เน้นความปลอดภัยของประชาชน ดังนั้นกิจกรรมการแก้ปัญหาคือความเข้าใจของประชาชน การสร้างจิตสำนึก การมีสติในการปฏิบัติ ขณะมีการขับรถ เป็นกิจกรรมในการดำเนินการที่สำคัญที่สุดทุกคนเข้าใจสามารถปฏิบัติได้ ด้านการประเมินผลโครงการทั้งหมดจะประสบความสำเร็จได้ คือประชาชนปลอดภัย และยังสามารถลดอุบัติเหตุบางจุดเสี่ยงได้ทำให้ อัตราการเสียชีวิตเป็นศูนย์ บางจุด

ที่เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุอื่นๆ ยังเกิดมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยต้องมีแนวทางร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ความคิดเห็นของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัย ใน 5 ด้าน ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ต้องมีความร่วมมือกันทุกภาคส่วน และควรเริ่มการปลูกฝังความรู้กฎหมายตั้งแต่วัยเด็กปัญหาเชิงระยะยาว มีการติดตามผลงานของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ด้านวิศวกรรมจราจร ควรมีการสำรวจสภาพแวดล้อมทางถนนสม่ำเสมอ ผู้บริหารควรเห็นความสำคัญของของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งที่เกิดเหตุควรมีการประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาโดยรวมชี้แจงของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ ต้องรวดเร็ว ปลอดภัย การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือผู้พบเห็นเป็นบุคคลแรกที่อยู่ในเหตุการณ์ควรมีความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และควรมีความรู้ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ด้านการดำเนินงานของคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัย ควรให้เจ้าหน้าที่คณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยเห็นความสำคัญของการสร้างจิตสำนึกให้ผู้ขับขี่ในการใช้รถใช้ถนน

สรุป

แนวทางการสำเร็จการเสนอข้อมูลเชิงนโยบาย โครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนสายหลักของจังหวัดราชบุรี

1. การบูรณาการความร่วมมือทุกหน่วยงาน ให้ทุกคนเห็นความสำคัญของปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น
2. การเสนอโครงการต้องคำนึงถึงงบประมาณและความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยต้องมีองค์ประกอบ เช่น สถิติการเกิดอุบัติเหตุต้องติดตาม ประเมินผลสาเหตุที่แท้จริงให้ได้
3. การสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับประชาชนทุกคนตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ควรเป็นหน้าที่ของทุกคนที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและ

ทางอ้อม

4. การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการขับขี่รถทุกประเภทให้ปลอดภัย เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต้องปฏิบัติหน้าที่ให้เคร่งครัด ต่อเนื่อง และมั่นคงเหมือนกันทุกคน

5. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับงาน ผู้ร่วมงาน การประชุมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลทุกปัญหาที่เกิดขึ้น นำความรู้ใหม่ๆ ทั้งในและต่างประเทศ นำมาปรับปรุงงานหน่วยงานให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาหน่วยงานศูนย์ดูแลความปลอดภัยทางถนนจังหวัดราชบุรี 5 หน่วยงาน รวมถึงการให้คำแนะนำจาก นายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์ สาธารณสุขนิเทศก์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ และ ดร. กุลวรี รัชชเรื่อนาม นักวิชาการในด้านการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สารสิน กิตติโพวานนท์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566];5(3): 233-245.
2. World Health Organization. Global status report on road safety. [Internet]. 2018 [cited 2023 Setember 1]. Available from: <http://www.searo.who.int/thailand/areas/gsr-thai.pdf?ua=1>
3. หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ทางถนน สถานการณ์อุบัติเหตุในภาพรวม. สถานการณ์

- ทางถนนสถานการณ์อุบัติเหตุในภาพรวม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A/N-SPI-A2/N-SPI-A2-01>
4. วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์. เป้าหมายทศวรรษความปลอดภัยครั้งที่สอง ฝันที่เป็นจริง? บทความวารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 1(2). 198-208.
 5. เกศรา แสนศิริทวีสุข, ฌพชร สีหะวงษ์, สุขสันต์ กองสะอาด. การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมความปลอดภัยจากการบาดเจ็บจราจรและจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคอนกาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2566]; 25(5). 812-822.
 6. อรรถพร มโนทัย. แนวทางการจัดการความปลอดภัยบนท้องถนน เขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภอสว่างวีรบุรี จังหวัดสิงห์บุรี การศึกษาตามหลักสูตรพัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต ภาควิชาการพัฒนารัฐบาลชุมชน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2558.
 7. วิกิพีเดีย. (2566). จังหวัดราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://th.wikipedia.org/wiki/%>
 8. เดชา เรืองอ่อน. การรวมพลังขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยทางถนนพื้นที่จังหวัดราชบุรี สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ 2563 จังหวัดราชบุรี
 9. หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. สถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพชรเกษมสายหลัก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี 2566.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

Factors related to self-care behavior of the elderly in the Ban-That Elderly Club,
Chedi-Hak Subdistrict, Mueang District, Ratchaburi Province

วสันต์ เกษมศรี*

Wasan Kasemsri*

ชนินทร์ อุทยาน*

Chanin Utthayan*

ธัญชนก ฉลาดเลิศ*

Thanchanok Chalatlod*

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์หัก

* Chedi-Hak Subdistrict
Health Promotion Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาจำนวน 257 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรของ Taro Yamane และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติค่าความสัมพันธ์แบบ Point-biserial correlation ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสถิติทดสอบที (t-test) จากการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมทั้งหมดในระดับมาก ($\bar{X} = 1.46$, S.D. = 0.30) 2) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ 3) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุโดยรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน โดยมีระดับความสัมพันธ์ระดับน้อยจนถึงปานกลางในเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันทั้งหมดแต่ละด้านดังนี้ ด้านการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง ($r = 0.694$) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพระดับปานกลาง ($r = 0.559$) ด้านการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง ($r = 0.513$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพระดับน้อย ($r = 0.418$) และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับน้อย ($r = 0.312$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพ, การดูแลสุขภาพตนเอง

Abstract

This survey research aimed to study factors related to self-care behavior of the elderly in the Ban That Elderly Club, Chedi Hak Subdistrict, Mueang District, Ratchaburi Province. The study population was 257 people. The sample size was determined by Taro Yamane and the random sampling method from the elderly who participated in the activities of Ban That Elderly Club. Data collection was interview form. Data was analyzed by descriptive statistics, percentage, mean, and standard deviation. Relationship statistics was analyzed by Point-biserial correlation, Pearson correlation coefficient and t-test statistics from using ready-made computer programs.

The research found that 1) the elderly sample group in Ban That Elderly Club had overall self-health care behavior at a high level ($\bar{X} = 1.46$, S.D. = 0.30). 2) the relationship between personal health factors (congenital diseases) was not related to the self-care behavior of the elderly in Ban That Elderly Club. 3) factors related to self-care and self-care behavior of the elderly in Baan That Elderly Club were significant statistical relationship at .01 level in all aspects from the low to the moderate relationship with positive or the same direction of each aspect as follows: self-management in health care in moderate level ($r = 0.694$), health information communication in moderate level ($r = 0.559$), health care decision making in moderate level of ($r = 0.513$), access to health information in low level ($r = 0.418$), and knowledge and understanding about health care in low level ($r = 0.312$).

Keywords : Elderly people, health behavior, self-care

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับสภาวะของการเป็นสังคมผู้สูงอายุจากการที่สัดส่วนโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าในปี พ.ศ. 2566 สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์คือมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20⁽¹⁾ ทำให้สังคมไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆอย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งผลของความเจริญก้าวหน้าเหล่านี้โดยเฉพาะทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นอันเนื่องมาจากสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นเป็นอย่างมาก โดยที่ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ยของประชากรตามรายงานสถิติด้านประชากรของประเทศไทยเท่ากับ 76.9 ปี เพศชายเฉลี่ยอยู่ที่ 71.3 ปี ขณะที่เพศหญิงอยู่ที่ 78.2 ปี⁽²⁾ หากแต่การมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากร ส่งผลให้สัดส่วนโครงสร้างประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุมีเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2562 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) และในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดนี้ ผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 79.5 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม (Social Bound) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ฉะนั้นผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จึงเข้าข่ายมีศักยภาพ⁽³⁾

สำหรับในปี พ.ศ. 2568 ที่คาดการณ์ไว้ว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ผู้สูงอายุวัยต้นจะก้าวสู่ผู้สูงอายุวัยกลาง และผู้สูงอายุวัยกลางก็จะก้าวสู่ผู้สูงอายุวัยปลายตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 28 ของประชากร

ทั้งหมด⁽³⁾ แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยกลับสะท้อนว่า ผู้สูงอายุไทยจำนวนมากยังอยู่ในสภาวะเปราะบาง มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการระบบบริการฟื้นฟูและการดูแลระยะยาว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลม ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น⁽⁵⁾ ส่งผลให้ภาครัฐต้องจัดสรรงบประมาณที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น⁽⁶⁾ อีกทั้งยังส่งผลโดยตรงต่อระบบสาธารณสุข ได้แก่ การที่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลโดยเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐต้องรับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เกิดปัญหาคุณภาพการบริการ ปัญหาความเหลื่อมล้ำของการบริการต่างๆ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยยืดระยะเวลาให้ผู้สูงอายุยังคงมีความแข็งแรงทางด้านร่างกาย จิตใจ⁽⁷⁾ และเป็นการลดภาระของทางภาครัฐได้อีกทาง

จากการตรวจสอบสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์หักนั้น พบว่าโรคที่กลุ่มผู้สูงอายุป่วยสูงสุดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563–2565) คือโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่มีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแม้ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอก็ตาม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบ

ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์หัก จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตบริการ ทำให้เข้าใจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและเป็นแนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุดังกล่าวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเลือกใช้วิธีการสำรวจด้วยแบบสัมภาษณ์ ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 257 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรของ Taro Yamane(8) ซึ่งสูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างตามวิธีการของ Yamane มีดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

(การศึกษาครั้งนี้กำหนดไว้เท่ากับ 0.05)

$$\text{แทนค่า } n = \frac{716}{1 + 716(0.05)^2}$$

$$n = 256.63$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 257 คน

จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)⁽⁹⁾ จากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ในช่วงระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยสัมภาษณ์จะเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุจัดกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้นัดหมายตาม วัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้และดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ที่มาร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ จนครบจำนวน 257 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ปัจจัยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบ สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ กำหนดตัวแปรตามแนวคิดความรู้ ด้านสุขภาพประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (20 ข้อ) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ(12 ข้อ) การสื่อสารข้อมูล สุขภาพ (12 ข้อ) การตัดสินใจ (12 ข้อ) และการ จัดการตนเอง(12 ข้อ) ใช้การวัดแบบ Rating Scale แปลข้อมูลในภาพรวมและรายข้อใช้การอิงเกณฑ์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 พฤติกรรม คือ 1.การรับ ประทานอาหาร 2.การออกกำลังกาย 3.การจัดการ ความเครียด 4.การนอนหลับพักผ่อน และ5.การตรวจ สุขภาพ จำนวน 15 ข้อ โดยใช้การวัดแบบ Rating Scale แปลข้อมูลในภาพรวมและรายข้อใช้การอิง เกณฑ์ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึงระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 0.67-1.33 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.66 หมายถึง ระดับน้อย

การทดสอบคุณภาพโดยปรีक्षाผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา ความ ถูกต้อง และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item-objective congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วจึงนำแบบ สัมภาษณ์ที่ได้ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นรายด้าน โดยตัวแปร ที่มีมาตรวัด 2 สเกล ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน และตัวแปรที่มีมาตรวัดตั้งแต่ 2 สเกลขึ้นไป หาค่าความเชื่อมั่นด้วย ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของ ครอนบาช ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความ เชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยเกี่ยวข้องกับการ ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยค่าความเชื่อมั่น ของแบบทดสอบ 1.ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้สูตร KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.79 หรือ 79% 2.การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9005 3.การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9519 4.การตัดสินใจ ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8468 5.การจัดการตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ 0.9496

และผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบ สัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.8824

โครงการวิจัยนี้ผ่านจริยธรรมการวิจัยและ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการ พิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยใน คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี รหัสโครงการ วิจัยเลขที่ RbPH REC 095/2566 และก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย สิทธิในปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงการเก็บรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อย ละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ

อ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ผลการศึกษา

ด้านข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.70 เพศชายร้อยละ 39.30 มีอายุเฉลี่ย 69 ปี โดยมีสถานภาพสมรส (อยู่ด้วยกัน) มากที่สุดร้อยละ 59.92 รองลงมา ได้แก่ หม้าย/หย่าร้อยละ 26.07 และ โสดร้อยละ 8.95 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 40.08 รองลงมา ได้แก่ ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.79 และค้าขายร้อยละ 17.12 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับด้านภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนบ้านธาตุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.21 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.79 โดยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 61.09 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวานร้อยละ 26.07 และ ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 23.35 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนบ้านธาตุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมทั้งหมดในระดับมาก ($\bar{X} = 1.46$, S.D. $\bar{X} = 0.30$) ทั้งนี้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการนอนหลับพักผ่อนมากกว่าด้านอื่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.79$, S.D. $\bar{X} = 0.31$) รองลงมา ได้แก่ การตรวจสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.57$, S.D. $= 0.48$) การจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 1.43$, S.D. $\bar{X} = 0.46$) การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.29$, S.D. $X = 0.66$) และการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.25$, S.D. $\bar{X} = 0.23$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 3

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนบ้านธาตุ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในตารางที่ 4 นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนบ้านธาตุโดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกด้าน โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยจนถึงปานกลางในเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันทั้งหมด เรียงลำดับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแต่ละด้านดังนี้ ด้านการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง ($r = 0.694$) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง ($r = 0.559$) ด้านการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันในระดับปานกลาง ($r = 0.513$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันในระดับน้อย ($r = 0.418$) และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันในระดับน้อย ($r = 0.312$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 257)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	101	39.30
หญิง	156	60.70
สถานภาพ		
โสด	23	8.95
หม้าย/หย่า	67	26.07
สมรส(อยู่ด้วยกัน)	154	59.92
สมรส(แยกกันอยู่)	13	5.06
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	103	40.08
ค้าขาย	44	17.12
รับจ้าง	74	28.79
เกษตรกรกรรม	9	3.50
ข้าราชการบำนาญ	27	10.51
ข้อมูลทั่วไป	\bar{X}	S.D
อายุ	69.02	6.64

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) (n = 257)

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	56	21.79
มี	201	78.21
โรคความดันโลหิตสูง	157	61.09
โรคเบาหวาน	67	26.07
โรคหัวใจ	8	3.11
โรคมะเร็ง	6	2.33
โรคภูมิแพ้	14	5.45
โรคเก๊าท์	12	4.67
ไขมันในเลือดสูง	60	23.35
ข้อเข่าเสื่อม	21	8.17

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (n = 257)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	\bar{X}	S.D	แปลผล
การรับประทานอาหาร	1.25	0.23	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	1.29	0.66	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	1.43	0.46	มาก
การนอนหลับพักผ่อน	1.79	0.31	มาก
การตรวจสุขภาพ	1.57	0.48	มาก
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม	1.46	0.30	มาก

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ (n = 257)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ค่าความสัมพันธ์ กับภาวะสุขภาพ	P-Value
การรับประทานอาหาร	0.003	0.968
การออกกำลังกาย	0.064	0.310
การจัดการความเครียด	-0.053	0.400
การนอนหลับพักผ่อน	-0.077	0.219
การตรวจสุขภาพ	-0.024	0.698
รวม	-0.011	0.857

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ (n = 257)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง					
	การ รับประทานอาหาร	การออกกำลังกาย	การจัดการ ความเครียด	การนอน หลับ พักผ่อน	การตรวจ สุขภาพ	รวม
ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	0.020	0.339**	0.185**	0.095	0.246**	0.312**
การเข้าถึงข้อมูลด้าน สุขภาพ	-0.009	0.410**	0.313**	0.221**	0.284**	0.418**
การสื่อสารข้อมูล สุขภาพ	-0.137*	0.579**	0.313**	0.283**	0.508**	0.559**
การตัดสินใจในการดูแล สุขภาพ	-0.107	0.513**	0.365**	0.295**	0.386**	0.513**
การจัดการตนเองในการ ดูแลสุขภาพ	-0.211**	0.698**	0.441**	0.366**	0.619**	0.694**

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

* (P < 0.05) , ** (P < 0.01)

วิจารณ์

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมในระดับมาก โดยมีพฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อน การตรวจสุขภาพ และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งน่าจะเกิดจากผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมในชุมชนและกิจกรรมชมรมเป็นประจำ จึงได้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นไม่เกิดความเหงาหรือเครียด มีกิจกรรมทำนอยามว่างมีสุขภาพจิตที่ดี อีกทั้งครอบครัวบุตรหลาน

ให้ความสนใจดูแลเอาใจใส่สื่อสารกันเป็นประจำ จึงทำให้เกิดความสบายใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม ไม่เป็นภาระของสังคมสอดคล้องกับสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย⁽⁴⁾ ที่ระบุว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือและการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัวสังคมของผู้สูงอายุ ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชนและสังคมและต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตา

สงสาร(ที่แสดงออกโดยตรง) ส่วนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัสทั้งห้าในการรับรสอาหารที่เสื่อมถอยลงจึงทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สุภาภรณ์ สุธหนองบัว(6) ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ ความอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากความสามารถในการรับรู้กลิ่นและรสลดน้อยลง นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟันยังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าไม่สะดวก ส่วนพฤติกรรม การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเพียงเดือนละครั้งจากกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุและขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความเป็นสังคมเมืองจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่นิยมออกจากบ้าน เพื่อออกกำลังกาย และอาจเกิดจาก อาการปวดข้อ อารมณ์ซึมเศร้า ไม่มีโอกาสออกนอกบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ จักรกฤษณ์ วัชรราชูทร์ (2)

2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว)และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากผู้สูงอายุมีความคุ้นชินกับวิถีการใช้ชีวิตแบบดั้งเดิมไม่เปลี่ยนแปลงนิสัยหรือพฤติกรรม การรักษาหรือดูแลสุขภาพของตนเอง และขาดความเข้าใจ หรือไม่สามารถจดจำความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับรู้จากสื่อหรือบุคคลแวดล้อมได้จึงไม่สามารถนำมาปฏิบัติตามด้วยตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของจักรกฤษณ์ วัชรราชูทร์ (2) และอาชญญา รัตนอุบล(10) ที่ระบุว่าผลจากการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ โดย

เฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยจะส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆจึงเป็นไปได้ยาก ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุโดยรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (P < 0.01) โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยจนถึงปานกลางในเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันทั้งหมดซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม

สรุป

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพ(โรคประจำตัว)กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรม การจัดการความเครียด พฤติกรรม การนอนหลับพักผ่อน และพฤติกรรม การตรวจสุขภาพ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยจนถึงปานกลางในเชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันทั้งหมด

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจดีย์หัก จึงควรกำหนดนโยบายและส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเขตบริการในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องสมวัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.ชลธิชา กวาวโธสง, นายประวิทย์ เอ็มอาจ และ นายโชติ เกิดบัญญัติ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา

ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านธาตุ ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ เพื่อประโยชน์การวิจัยให้สำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565.กรุงเทพฯ: บริษัททอมรินท์ คอร์ปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
2. จักรกฤษณ์ วัชรราชกูร์. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี. เชียงใหม่:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566.
3. ศันสนีย์ จันท์อรานุกาพ.ผู้สูงอายุกับการพัฒนา. สงขลา: เจริญทองการพิมพ์;2562.
4. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา;2555.
5. รัชนิวรรณ แก้วรังสี.สุขภาพผู้สูงวัย ดูแลอย่างไรให้ห่างไกลโรค.กรุงเทพฯ: Feel good Publishing;2560.
6. สุภาภรณ์ สุตหนองบัว.การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์และคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2564
7. รุ่งนภา เทพภาพ.นวัตกรรมทางสังคมรองรับสังคมผู้สูงอายุ:ประสบการณ์ของภาคประชาสังคมไทย.[ม.ป.ท.]:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วิทยาลัยสหวิทยาการ;2565.
8. สุพัตรา จุณณะปิยะ.คู่มือการวิจัยทางรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2551.
9. ณรงค์ โพธิ์พฤกษานันท์.ระเบียบวิธีวิจัย หลักการและแนวคิด เทคนิคการเขียนรายงานการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 8.กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พริ้นท์;2556.
10. อาชัญญา รัตนอุบล.การเรียนรู้ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2559.

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Incidents and Factors Correlated with Mortality among Pulmonary Tuberculosis
Patients in Prachuap Khiri Khan Province

นิสิต บุญนาค

Nisit Boonnak

ศรียรัตน์ กลิ่นเพย

Srirat jlinpei

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Prachuapkhirikhan Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) จากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอด อายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 31 ธันวาคม 2565 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดสอบจากโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) สถิติเชิงพรรณนารายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์อัตราการรอดชีวิตโดยการวิเคราะห์การรอดชีพ Survival Analysis วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการวิเคราะห์ Cox proportional hazards regression analysis พบผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 1,421 คน เสียชีวิต 165 คน อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด 23.50 คน ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอด 100 คน/ปี (95%CI: 20.17-27.37) อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ 6 เดือน ร้อยละ 88.75 (95%CI: 86.95 - 90.31) พบผู้เสียชีวิต ร้อยละ 11.25 โดยผู้เสียชีวิตสูงสุดในช่วงเดือนแรก ร้อยละ 4.53 เดือนที่ 2 ร้อยละ 2.59 และลดลงมาในเดือนที่ 3-6 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ กลุ่มอายุ 55-64 ปี (Adjusted HR = 6.51, 95%CI: 1.54-27.50), กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (Adjusted HR = 12.00, 95%CI: 2.89-49.81) ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม² (Adjusted HR = 1.56, 95%CI: 1.09-2.23) ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังจากขาดยา/ล้มเหลว/รับโอน/อื่นๆ (Adjusted HR = 0.28, 95%CI: 0.11-0.70) ผลเอชไอวีเป็นบวก (Adjusted HR = 5.82, 95%CI: 3.69-9.20), ไม่ทราบ/ไม่ตรวจเอชไอวี (Adjusted HR = 2.24, 95%CI: 1.41-3.55) ผลเสมหะวินิจฉัย พบเชื้อ 2-3 บวก (Adjusted HR = 1.55, 95%CI: 1.03-2.34) ไรต์เรื้อรัง (Adjusted HR = 3.87, 95%CI: 1.87-8.00) ไรต์มะเร็ง (Adjusted HR = 10.68, 95%CI: 5.63-20.28) ไรต์ตับ (Adjusted HR = 19.63, 95%CI: 9.22-41.79, p -value < 0.001) และ ไรต์หัวใจ (Adjusted HR = 5.40, 95%CI: 1.75-16.70) ข้อเสนอแนะ ควรดำเนินการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทั้งเชิงรุกในชุมชนและในสถานบริการ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาตามมาตรฐานโดยเร็ว รวมถึงการรักษาโรคร่วมอื่นๆ ไปพร้อมกันกับการรักษาวัณโรค ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เพื่อลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอด ต่อไป

คำสำคัญ : อุบัติการณ์วัณโรค, ปัจจัยสัมพันธ์การเสียชีวิตวัณโรค, วัณโรคปอด

Abstract

This study aimed to study the incidence and to analyze factors associated with mortality during treatment of pulmonary tuberculosis patients in Prachuap Khiri Khan Province. This is a Retrospective Cohort Study getting data from pulmonary tuberculosis patients aged 15 years and over between 1 January 2020-31 December 2022. The secondary data were collected by NTIP (National Tuberculosis Information Program). Descriptive statistics were reported with frequency distributions, percentages, means and standard deviations or median.

Inferential statistics were analyzed survival rates by Survival Analysis. Factors associated with mortality of pulmonary tuberculosis patients were identified through Cox proportional hazards regression analysis. It was found 1,421 pulmonary tuberculosis patients and 165 deaths. The incidence of mortality of pulmonary tuberculosis was 23.50 people per 100 pulmonary tuberculosis patients / year (95%CI: 20.17-27.37). Survival rate of pulmonary tuberculosis patients at 6 months was 88.75 percent (95%CI: 86.95 - 90.31). It found 11.25 percent of mortality with the highest death during the first month at 4.53 percent, the second month at 2.59 percent and decreasing in the third to sixth month. It found that factors associated with the mortality of pulmonary tuberculosis patients in Prachuap Khiri Khan Province was statistically significant (p -value < 0.05), including the age group 55-64 years (Adjusted HR = 6.51, 95%CI: 1.54-27.50), the age group 65 years and over (Adjusted HR = 12.00, 95%CI : 2.89-49.81), BMI less than 18.5 kg/m² (Adjusted HR = 1.56, 95%CI: 1.09-2.23), loss to follow up/failure/transfer/other (Adjusted HR = 0.28, 95%CI: 0.11-0.70), HIV positive (Adjusted HR = 5.82, 95%CI: 3.69-9.20), unknown/unchecked for HIV (Adjusted HR = 2.24, 95% CI: 1.41-3.55), sputum smear positive 2-3 positive bacteria (Adjusted HR = 1.55, 95%CI: 1.03-2.34), chronic kidney disease (Adjusted HR = 3.87, 95%CI: 1.87-8.00), cancer (Adjusted HR = 10.68, 95% CI: 5.63-20.28), liver disease (Adjusted HR = 19.63, 95%CI: 9.22-41.79, p -value <0.001) and heart disease (Adjusted HR = 5.40, 95%CI: 1.75-16.70). Recommendations: Measures should be taken to find TB patients in groups at risk of death proactively both in the community and in service facilities in order to quickly bring patients into the standard care process, including treating other related diseases together with tuberculosis treatment, follow up and take care closely continuously in order to reduce the mortality in pulmonary tuberculosis patients.

Keywords : Tuberculosis Incidence, Factors Associated with Tuberculosis Mortality, Pulmonary Tuberculosis

บทนำ

ในปี พ.ศ.2558 (ค.ศ. 2015) องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมาย การควบคุม ป้องกันและยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB strategy) ขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดเป้าหมายของการยุติวัณโรค ภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) คือ ลดอัตราการอุบัติการณ์วัณโรค ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคและไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (Catastrophic costs) วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขจากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 9.9 ล้านคน (127 ต่อประชากรแสนคน) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.3 ล้านคน⁽¹⁾ อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำและขึ้นทะเบียนรักษา ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่นเดียวกับสถานการณ์วัณโรคจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อุบัติการณ์วัณโรคในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) ที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง จำนวนการค้นหาผู้ป่วยและขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบร้อยละ 80, 82, 75, 61 และ 68 ตามลำดับ⁽²⁾ (ปี พ.ศ.2565 เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 88) ซึ่งยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดเช่นเดียวกัน

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคยังคงสูงและเป็นปัญหาของประเทศไทย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อวัยวะที่เป็นวัณโรค เช่น วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง การรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยเสมหะ

เป็นบวก ที่ไม่รักษาจะเสียชีวิตร้อยละ 30-40 ใน 1 ปี และเสียชีวิตร้อยละ 50-65 ใน 5 ปี ภูมิคุ้มกันร่างกายที่อ่อนแอ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) หรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จไม่ได้ตามเป้าหมาย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ โดยปัจจุบันประเทศไทย มีภาระทางเศรษฐศาสตร์จากวัณโรคสูงถึงปีละ 75,238 ล้านบาท จำแนกเป็นต้นทุนการเจ็บป่วยที่ไม่รวมการเสียชีวิต 4,796 ล้านบาทต่อปี (64,645 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย) และผลิตภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร 70,442 ล้านบาท (5.63 ล้านบาทต่อการเสียชีวิตหนึ่งราย) หากการดำเนินงานยังคงเป็นไปแบบคงที่ คาดประมาณว่าในปี 2035 จะมีแนวโน้มภาระโรคสูงขึ้น⁽³⁾

ดังนั้น จากที่กล่าวทั้งหมดปัญหาการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดในการทำให้ อัตราการรักษาสำเร็จไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ผู้วิจัยจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ระยะเวลาในการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล, ปัจจัยด้านการวินิจฉัยและติดตามการรักษา และปัจจัยด้านโรคประจำตัวร่วม/ความเสี่ยงพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2563-2565 เพื่อทราบสถานการณ์ในพื้นที่ที่แท้จริง และนำผลการศึกษาวิจัยไปวิเคราะห์ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินงานวัณโรคให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด ปี 2563-2565
2. เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิตและระยะเวลาในการเสียชีวิต ของผู้ป่วยวัณโรคปอด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบ Retrospective Cohort Study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวัณโรคชนิดในปอดอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่วินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษา ในสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนทุกแห่ง ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ บันทึกในฐานข้อมูลโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 ติดตามผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนสิ้นสุดการรักษา จำนวน 1,421 คน โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่รับโอน (Transfer In) จากโรงพยาบาลอื่นในต่างจังหวัด ผู้ป่วยที่เปลี่ยนวินิจฉัยไม่ได้ป่วยเป็นวัณโรคผู้เสียชีวิตก่อนได้รับวินิจฉัยและผู้เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่น เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยกองวัณโรค เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบและจัดการฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค และติดตามสถานการณ์รักษาวัณโรคในประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้และเข้าถึงข้อมูลในโปรแกรม NTIP ข้อมูลทะเบียนการรักษาวัณโรค

ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อประกอบการศึกษาวิจัย จากกองวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ส่งออกตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาเป็น Microsoft Excel เพื่อตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ระบุตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยสถิติที่ใช้ประกอบด้วย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแบ่งเป็น ข้อมูลเชิงคุณภาพ รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณ รายงานด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐาน
2. อุตบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี พ.ศ.2563-2565 รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และอัตราอุบัติการณ์ พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence interval)
3. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ใช้วิธีการวิเคราะห์การรอดชีพ (Survival Analysis Methods) โดยการพรรณนาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ 6 เดือน พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 (95% Confidence interval) และนำเสนอด้วยกราฟ Kaplan-Meier curves
4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ใช้สถิติ Cox's proportional hazards model รายงานผลการวิเคราะห์ด้วยค่า Hazard Ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confident Interval) และค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 เลขที่โครงการวิจัย PKHREC 01/67

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่วินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 1,421 คน ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 86 เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.1 อายุเฉลี่ย 49.51 ± 17.26 ปี อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุสูงที่สุด 97 ปี ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.3 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม.2 ร้อยละ 47.9 ประเภทขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 83.5 ผลตรวจเอชไอวีเป็นผลบวก ร้อยละ 9.2 โดยในกลุ่มนี้ได้รับยาไวรัส ARV ร้อยละ 90.8 และได้รับยา Cotrimoxazole ร้อยละ 73.3 ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีโรคประจำตัว/โรคแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 10.5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 2.7 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 2.1 โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 2 โรคมะเร็ง

ร้อยละ 1.1 โรคตับ ร้อยละ 0.6 โรคหัวใจ ร้อยละ 6 หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.5 ติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 2.2 ผู้ป่วยวัณโรคปอด มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 0.4 ดิยาเสพติด ร้อยละ 0.2 และติดสุรา ร้อยละ 0.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีระยะห่างระหว่างวันที่วินิจฉัยถึงวันที่ได้รับยารักษาวัณโรค 0-7 วัน ร้อยละ 81.1 มีผลเสมหะวินิจฉัยไม่พบเชื้อ ร้อยละ 37.6 เชื้อเล็กน้อย (Sc 1-9-1+) ร้อยละ 27.1 และพบเชื้อมาก (2+ - 3+) ร้อยละ 31.7 และส่วนมากมีผล CHEST-X-RAY ครั้งแรก เป็น Military Pattern ร้อยละ 38.6

อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี พ.ศ.2563-2565

การศึกษานี้ติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 1,421 คน โดยมีระยะเวลาในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง (Person-years of follow up) เท่ากับ 702.14 คน-ปี และมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการติดตามที่ 6.13 เดือน (IQR: 5.61-6.79) พบผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตจำนวน 165 คน อุบัติการณ์เสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด 23.50 คนต่อผู้ป่วยวัณโรคปอด 100 คน/ปี (95%CI: 20.17-27.37) (ตารางที่ 1)

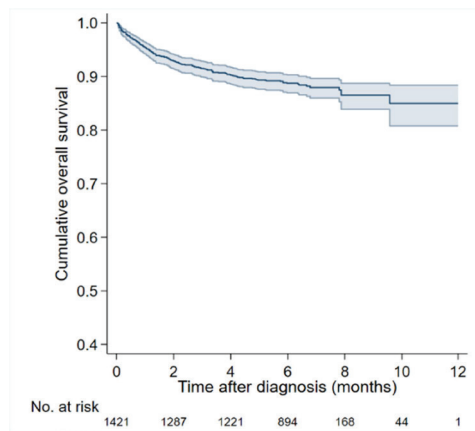
ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี พ.ศ.2563-2565

ตัวแปร	n	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วยคน-ปี	อัตราอุบัติการณ์การเสียชีวิตต่อ 100 คน-ปี (95%CI)
ผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด	1,421	165	702.14	23.50 (20.17 - 27.37)
ปีขึ้นทะเบียน				
2563	384	43	188.21	22.85 (16.94 - 30.81)
2564	449	52	225.19	23.09 (17.60 - 30.30)
2565	588	70	288.74	24.24 (19.18 - 30.64)

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์พบ ผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ที่วินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 มีอัตราการรอดชีวิตในเดือนที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ร้อยละ 95.47 (95%CI: 94.25-96.44), 92.88 (95%CI: 91.41-94.11), 91.50

(95%CI: 89.92-92.85), 90.25 (95%CI: 88.57-91.70), 89.35 (95%CI: 87.61-90.86) และ 88.75 (95%CI: 86.95-90.31) ตามลำดับ พบผู้เสียชีวิตในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 11.25 โดยผู้เสียชีวิตสูงที่สุดในช่วง 1 เดือนแรก ร้อยละ 4.53 และในช่วงเดือนที่ 2 ร้อยละ 2.59 และลดลงมาในเดือนที่ 3-6 ร้อยละ 1.38, 1.25, 0.9 และ 0.6 ตามลำดับ



รูปที่ 1 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ Cox proportional hazards regression analysis เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนในการวิเคราะห์พบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน ได้แก่ อายุ 55-64 ปี (Adjusted HR=6.51, 95%CI: 1.54-27.50) p-value= 0.011 อายุ 65 ปีขึ้นไป (Adjusted HR=12.00, 95%CI: 2.89-49.81) p-value=0.001) ดัชนีมวลกาย<18.5 กก./ม2 (Adjusted HR=1.56,

95%CI: 1.09-2.23) p-value=0.015 ประเภทขึ้นทะเบียนรักษาซ้ำหลังจากขาดยา/ล้มเหลว/รับโอน/อื่นๆ (Adjusted HR=0.28, 95%CI: 0.11-0.70) p-value=0.006 ผลตรวจเอชไอวี ผลบวก (Adjusted HR=5.82, 95%CI: 3.69-9.20) p-value <0.001; ไม่ทราบ/ไม่ตรวจ (Adjusted HR= 2.24, 95%CI: 1.41-3.55) p-value=0.001 ผลเสมหะเดือนวินิจฉัย พบเชื้อ 2-3+ (Adjusted HR=1.55, 95%CI: 1.03-2.34, p-value=0.037) โรคไตเรื้อรัง (Adjusted HR=3.87, 95%CI: 1.87-8.00) p-value <0.001) โรคมะเร็ง (Adjusted HR=10.68, 95%CI: 5.63-20.28) p-value <0.001) โรคตับ (Adjusted HR=19.63, 95%CI: 9.22-41.79) p-value <0.001) และโรคหัวใจ (Adjusted HR=5.40, 95%CI: 1.75-16.70) p-value=0.003 และ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ปัจจัย	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	HR	95%CI	p-value	HR _{adj}	95%CI	p-value
อายุ (ปี)						
15 – 24 ปี	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
25 – 34 ปี	2.76	(0.62 - 12.25)	0.181	1.99	(0.45 - 8.93)	0.367
35 – 44 ปี	3.36	(0.78 - 14.58)	0.105	3.21	(0.74 - 14.04)	0.121
45 – 54 ปี	4.84	(1.15 - 20.33)	0.031	3.40	(0.80 - 14.44)	0.098
55 – 64 ปี	6.61	(1.58 - 27.65)	0.010	6.51	(1.54 - 27.50)	0.011
65 ปีขึ้นไป	12.96	(3.18 - 52.84)	<0.001	12.00	(2.89 - 49.81)	0.001
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)						
< 18.5	1.71	(1.22 - 2.40)	0.002	1.56	(1.09 - 2.23)	0.015
18.5-22.9	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
23.0-24.9	0.47	(0.17 - 1.30)	0.146	0.38	(0.13 - 1.08)	0.069
25.0 ขึ้นไป	1.26	(0.64 - 2.50)	0.500	0.90	(0.43 - 1.92)	0.793
ประเภทขึ้นทะเบียน						
รายใหม่	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
กลับเป็นซ้ำ	1.10	(0.66 - 1.82)	0.712	0.92	(0.54 - 1.57)	0.755
รักษาซ้ำหลังขาดยา/ล้มเหลว/ รับโอนอื่นๆ	0.49	(0.22 - 1.12)	0.091	0.28	(0.11 - 0.70)	0.006
ผลตรวจเอชไอวี						
ผลบวก	2.82	(1.90 - 4.18)	<0.001	5.82	(3.69 - 9.20)	<0.001
ผลลบ	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ไม่ทราบ/ไม่ตรวจ	2.16	(1.41 - 3.32)	<0.001	2.24	(1.41 - 3.55)	0.001

ปัจจัย	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	HR	95%CI	p-value	HR _{adj}	95%CI	p-value
โรคไตเรื้อรัง						
ไม่ป่วย	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ป่วย	4.04	(2.19 - 7.46)	<0.001	3.87	(1.87 - 8.00)	<0.001
โรคมะเร็ง						
ไม่ป่วย	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ป่วย	11.67	(6.59 - 20.64)	<0.001	10.68	(5.63 - 20.28)	<0.001
โรคตับ						
ไม่ป่วย	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ป่วย	15.81	(8.04 - 31.08)	<0.001	19.63	(9.22 - 41.79)	<0.001
โรคหัวใจ						
ไม่ป่วย	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
ป่วย	5.67	(2.10 - 15.3)	0.001	5.40	(1.75 - 16.7)	0.003
ผล AFB เดือนวินิจฉัย						
ไม่ได้ตรวจ	1.71	(0.82 - 3.59)	0.154	1.30	(0.60 - 2.80)	0.508
ไม่พบเชื้อ	1.00	กลุ่มอ้างอิง		1.00	กลุ่มอ้างอิง	
Sc 1-9 - 1+	0.96	(0.64 - 1.45)	0.863	0.94	(0.60 - 1.47)	0.791
2+ - 3+	1.29	(0.90 - 1.85)	0.165	1.55	(1.03 - 2.34)	0.037

วิจารณ์และสรุป

ผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 1,421 คน พบผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 86 เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.1 อายุเฉลี่ย 49.51 ± 17.26 ปี เป็นกลุ่มสูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 21.3 ผู้ป่วยส่วนมากมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม.2 ร้อยละ 47.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.6 ประเภทขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 83.5 และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นผลบวก ร้อยละ 9.2

การศึกษานี้มีระยะเวลาในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง (Person-years of follow up) เท่ากับ 702.14 คน-ปี และมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการติดตามที่ 6.13 เดือน (IQR: 5.61-6.79) พบผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่เสียชีวิตจำนวน 165 คน อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด 23.50 คนต่อผู้ป่วยวัณโรคปอด 100 คน/ปี (95%CI: 20.17-27.37)

อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์พบ ผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่วินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาในสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 มีอัตราการรอดชีวิตใน

เดือนที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ร้อยละ 95.47 (95%CI: 94.25-96.44), 92.88 (95%CI: 91.41-94.11) 91.50 (95%CI: 89.92-92.85), 90.25 (95%CI: 88.57-91.70), 89.35 (95%CI: 87.61-90.86) และ 88.75 (95%CI: 86.95- 90.31) ตามลำดับ พบผู้เสียชีวิตในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 11.25 โดยผู้เสียชีวิตสูงสุดในช่วง 1 เดือนแรก ร้อยละ 4.53 และในช่วงเดือนที่ 2 ร้อยละ 2.59 และลดลงมาในเดือนที่ 3-6 ร้อยละ 1.38, 1.25, 0.9 และ 0.6 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ Cox proportional hazards regression analysis เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนในการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน ได้แก่

กลุ่มอายุ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุ 55-64 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 6.51 เท่า (95%CI: 1.54-27.50) และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 12.00 เท่า (95%CI: 2.89-49.81) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีอายุ 15-24 ปี ที่พบว่าในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นปัจจัยทำนายและมีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มนี้มีปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการป่วยด้วยวัณโรค เช่น การมีโรคประจำตัวร่วม ภูมิต้านทานของร่างกายลดลง การเสื่อมสภาพตามวัย และปัญหาการเข้าถึงการรักษาเมื่อเจ็บป่วย จึงมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย ทำให้การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุผู้ป่วยที่มากขึ้น^(4,5,6)

ค่าดัชนีมวลกาย ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีค่าดัชนี

มวลกาย น้อยกว่า 18.5 กก./ม.2 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 1.56 เท่า (95%CI: 1.09-2.23) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 กก./ม.2 (ค่าปกติ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานันตร์ ฐานวิเศษ(7) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือมีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5กก./ม.2 มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐานอยู่ 4.5 เท่า การได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอจะผลต่อสุขภาพโดยรวม เช่น ภูมิคุ้มกันลดลง ติดเชื้อง่าย อ่อนแรง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในที่สุด

ประเภทผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ขึ้นทะเบียนแบบรักษาซ้ำหลังจากขาดยา ล้มเหลว รับโอน หรือประเภทอื่นๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 0.28 เท่า (95%CI: 0.11-0.70) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีประเภทขึ้นทะเบียนแบบรายใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีขาดวินัยในการรักษา ไม่ทราบประวัติ การรักษาก่อนหน้า ย้ายที่อยู่ ไม่เป็นหลักแหล่ง ภาวะแทรกซ้อนของวัณโรคมักเกิดขึ้นจากการรักษารับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง โดยมีทั้งอาการที่ไม่รุนแรงหรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต

ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นผลบวก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 5.82 เท่า (95%CI: 3.69-9.20) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นผลลบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีป่วยเป็นวัณโรค จะทำให้เชื้อวัณโรคลุกลาม และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับผลการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษาพบว่า การติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁸⁾ ผลการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจ

เอชไอวีไม่ทราบผลตรวจหรือไม่ตรวจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 2.24 เท่า (95%CI: 1.41-3.55) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นผลลบ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เข้าสู่ระบบการรักษา เนื่องจากไม่รู้ตัวว่าติดเชื้อ แม้บางกลุ่มจะเข้ารับการตรวจเลือดแต่พบว่าไม่ยอมมาฟังผลตามนัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงเป็น 5.40 เท่า และผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ทราบผลการตรวจเลือดเอชไอวี เสียชีวิต 7.90 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁹⁾ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเดือนวินิจฉัยเป็นแบบ 2-3 บวก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 1.55 เท่า (95%CI: 1.03-2.34) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลเสมหะเดือนวินิจฉัยไม่พบเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ ราเมศ คนสมศักดิ์ พบปัจจัยสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ คือ ผลเสมหะตั้งแต่ 3 บวกขึ้นไป⁽¹⁰⁾ และผลการศึกษาของ เจริญศรี แซ่ตั้ง พบว่าผู้ป่วยที่มีผลตรวจแบคทีเรียในเสมหะก่อนการรักษาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเสียชีวิตในระยะเวลา 2 เดือนแรกของการรักษา⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ผลการศึกษาายังพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม โรคแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 3.87 เท่า (95%CI: 1.87-8.00) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือสภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง โดยมักจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปและไม่จำเพาะ มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านวัณโรคสูง ทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิโรตม์ จันทรักษา พบว่าโรคไตมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด(8) โรคมาเรียม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 10.68

เท่า (95%CI: 5.63-20.28) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เป็นโรคมะเร็ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิตติพร มากเมือง พบว่าปัจจัยเกี่ยวเนื่องและปัจจัยทำนายอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลพะเยา ได้แก่ โรคมะเร็ง⁽¹²⁾ โรคตับมีโอกาสร้อยต่อการเสียชีวิตเป็น 19.63 เท่า (95%CI: 9.22-41.79) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เป็นโรคตับ ผู้ป่วยที่มีโรคตับจากสาเหตุอื่น เช่น ไวรัสตับอักเสบบ, แอลกอฮอล์ หรือมีตับอักเสบจากยาวัณโรค หากมีความรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะตับวายเฉียบพลันเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์ สุขยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นมะเร็ง เสียชีวิตเป็น 4.52 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรัง เสียชีวิตเป็น 3.34 เท่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคตับเสียชีวิตเป็น 3.57 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีโรคประจำตัว⁽¹³⁾ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคแทรกซ้อนโรคหัวใจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 5.40 เท่า (95%CI: 1.75-16.70) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เป็นโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สาริกข์ พรหมมารัตน์ พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 5.31 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง⁽¹⁴⁾ การมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมและมีการป่วยด้วยวัณโรคอาจส่งผลให้ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ตอบสนองต่อการรักษาช้าหรือตอบสนองไม่ดี มีอาการทรุดลงหรือไม่สามารถควบคุมอาการได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของวัณโรคเอง โดยอาการของภาวะแทรกซ้อนอาจไม่รุนแรง เช่น ภาวะขาดสารอาหาร ในบางกรณี ภาวะแทรกซ้อนอาจรุนแรงถึงขั้นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปัญหาเกี่ยวกับตับ

และไต และโรคหัวใจจากการที่เชื้อวัณโรคกระจายไปที่อวัยวะอื่นๆ จนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วงระยะเวลา 1-2 เดือนแรกของการรักษา ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก อาจทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น ควรดำเนินงานตามมาตรการเชิงรุกในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทั้งในชุมชนและในสถานบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป, มีโรคร่วม/โรคแทรกซ้อน เช่น โรคเอชไอวี, โรคไตเรื้อรัง, โรคตับ, โรคมะเร็ง, โรคหัวใจ โดยหากร่วมกับเมื่อเข้าสู่การรักษาพบผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ทราบประวัติการรักษาแน่นอน หรือการรักษาวัณโรคครั้งที่ผ่านมาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาล้มเหลว มีเสมหะพบเชื้อวัณโรคปริมาณสูง มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ควรเร่งรัดดำเนินการเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาตามมาตรฐาน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้คำปรึกษา มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อการรักษาที่เหมาะสมแต่ละบุคคลและติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เพื่อลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอด ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่อง อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้รับขอบงานวัณโรคโรงพยาบาลทุกแห่ง ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ขอขอบคุณ คุณจันทิรา โกมล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับ บิดา มารดา ครอบครัว และผู้ที่มีอุปการคุณทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตและก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564.** กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์; 2564.
2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. **สถานการณ์วัณโรคจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปี 2565.**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์; 2566.
3. เฉวตสรร นามวาท, สุธาสินี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธันว์ มาแอะเคียน, วิชญญา ปิณฑะดิษ และคณะ. **ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้.** โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.[อินเทอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2018/08/Full-report_TB.pdf
4. จิตติพร มากเมือง,เบญจวรรณ ตาแก้ว, รุ่งอุษานาคคงคำ,ฤทัยรัตน์ แสงนา,วีรพันธ์ การบรรจง, กนกกรส โค้วจริยะพันธุ์, และคณะ. **ปัจจัยเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลพะเยา.** เชียงรายเวชสาร 2559; 2:53-9.

5. พัฒนา แก้วโพธิ์, อภิญญา เชื้อสุวรรณ, วรรัตน์ อิ่มสงวน, นภาพรรณ สุภรภาส, สุดาณี บุรณเบญจเสถียร, วิรัช กลิ่นบัวแย้ม, และคณะ. การศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ 2556; 34(2): 51-62.
6. รุ่งประกาย อินจอง. ผลลัพธ์ของการรักษา วัณโรคและปัจจัยเกี่ยวเนื่องกับอัตราการ เสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารควบคุมโรค 2563; 46(3): 370-80.
7. ฐานันตร์ ฐานวิเศษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล ชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2562; 40(1): 97-107.
8. ศิโรตม์ จันทรักษา. ลักษณะและปัจจัยเสี่ยง ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขต อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2564; 18(2): 88-96.
9. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, วิเชียร ตระกูลกลกิจ, สากล คมขำ, และ เสริมสุข รัตนสุวรรณ. ปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ภายใต้รูปแบบการดำเนินงาน Non-Family Dot ของโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัด นครศรีธรรมราชปีงบประมาณ 2550-2558. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ. 2561; 36(1)ม.ค.-เม.ย.: 8-18.
10. ราเมศ คนสมศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการ เสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัด เชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2560; 9(1): 19-27.
11. เจริญศรี แซ่ตั้ง. ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคและ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่าง การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในภาคเหนือตอนบน ปี 2005-2014. วารสาร ควบคุมโรค. 2560; 43(4): 436-447.
12. จิตติพร มากเมืองและคณะ. ปัจจัยเกี่ยวเนื่อง กับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคใน โรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร. 2559; 8 (1): 19-27.
13. วิลาวัลย์ สุขยา และจิริพันธ์ อึนยาพงษ์. ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการ รักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 10. วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10, 2564; 19(2): 80-92.
14. สารีรักษ์ พรหมมารัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูนปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2563. วารสารสาธารณสุขสุโขทัย, 2566; 19(1): 1-10.

