

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2563

ชื่อหนังสือ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ISSN 2287-0075
พิมพ์ที่ บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2563

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

นายนิพิฐพนธ์ สีอุปลัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้นิพนธ์ จำนวน 2 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะโต ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พญ. วริศรา ลูวีระ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิมฺมสุนทร วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร. ชนิษฐา พุมา คณะทรัพยากรธรรมชาติและมหัศจรรย์เทคโนโลยีรายวมงคลอีสาน
วิทยาเขตสกลนคร
ดร. ดวงใจ วิชัย คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร. นฎกร อิตุพร คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่
ดร. นฤมล จันทร์มา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ. ธีรานุช วรโธสง คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ผศ.ดร. นุชรัตน์ มังคละศิริ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ. พลากร สืบสำราญ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. ภัชชนก รัตนกรปริดา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
นางรชยา ยิกุลสังข์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร. ราณี วงศ์คงเดช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรวิมล ชมพูนาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ดร. วรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนูอ่อน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. อุมาพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร. กุสุมา สว่างพันธุ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต
ดร. สมเด็จพระ ก้วพิทักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ดร. ศิริลักษณ์ ไชยวง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ดร. สุภัฏญา กาญจนบัตร	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
ดร. นฤมล จันทร์มา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. สุจิตตา ฤทธิมนตรี	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร. อุทัยวรรณ นุกาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร. วีระชัย พบหิรัญ	โรงพยาบาลปากช่องนานา นครราชสีมา
ดร. ขนิษฐา สุนาคราช	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์
ดร. สุพัตรา สุขาวท	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร. วรรณภา ภาจำปา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร. วรพล หนูนุ่น

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาด้านความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท	311
<i>สุพัตรา แก้วเมือง, สุณิรัตน์ ยั่งยืน, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, ชัชชฎา มหาวีรวัฒน์</i>	
ความเชื่ออำนาจในตน ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค และการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้ใช้ยาเสพติด ในศูนย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	323
<i>จิรพงศ์ วางวงศ์, ทิพย์วัลย์ สุรินยา</i>	
การประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีและลูกประคบสมุนไพร ช่วยจัดการ ความปวดตึงเต้านมในหญิงหลังคลอดครรภ์แรก	337
<i>ชนิษฐา ทูมา, ผกาพรรณ ทันแก้ว, สุภาพร สระแก้ว, ธีระ ผิวเงิน, อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม, พิชทรัพย์ สุตินอนภิกพงษ์</i>	
ความรุนแรงในครอบครัวในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย	351
<i>ณัฐกฤตา ทูมวงศ์</i>	
ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางคลินิกของการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง	363
<i>ทีนัสชา เจริญหอม, ผ่องใส เวียงนนท์, เรณู ตะไชยา, เอกลักษณ์ ลักขณาลิขิตกุล, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย</i>	

สารบัญ (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี	377
<i>อุมาพร เคนศิลา, เกษฎาภรณ์ นาชะมื่น, นิตยากร ลุนพรหม, เสาวลักษณ์ ทาแจ้, ณัฐธรากุล บึงมุ่ม, นภาพันท์ ซาบลิค</i>	
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาต่อความรู้ในการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาอย่างปลอดภัย และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ ตอนต้นที่ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดสกลนคร	389
<i>จิตาพันธ์ เหล่าหาโคตร, รพีพรรณ ยงยอด</i>	
ผลการบริการสุขภาพจิต ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกำแพงเพชร	401
<i>พุทธรักษ์ ดิฉัน, ณัฐกฤตา ทุมวงศ์</i>	
พฤติกรรมป้องกันตนเอง ความเครียดและการเผชิญความเครียด ในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในจังหวัดอำนาจเจริญ	413
<i>บุศณี มุจรินทร์, ประเสริฐ ประสมรักษ์, สำราญ เหล็กงาม</i>	
พฤติกรรมการกระทำความผิดคดียาเสพติดของผู้ต้องขัง ในเรือนจำกลาง ขอนแก่น	425
<i>กิตติมา อินศิริ</i>	

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในเขตชนบท

สุพัตรา แก้วเมือง*, สุณิรัตน์ ยิ่งยืน*,
อุดมศักดิ์ มหาวิทยาลัยพัฒนบุรี*, ชัชชฎา มหาวิทยาลัยพัฒนบุรี**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตตำบล กุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 257 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และ Binary logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) ค่ากลางอายุเท่ากับ 67 ปี อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/ญาติ (ร้อยละ 88.3) เป็นกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 90.3) มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง (ร้อยละ 53.3) และมีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับสูง (ร้อยละ 51.4) และพบว่า ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (aOR=2.66, 95%CI: 1.47, 4.81) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ; พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง; ผู้สูงอายุ

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding Author: Suneerat Yangyuen. E-mail: suneerat.y@msu.ac.th

Received 05/06/2020

Revised 01/07/2020

Accepted 23/07/2020

HEALTH LITERACY AND SELF-CARE BEHAVIORS AMONG RURAL ELDERLY

*Supattra Keawmuang**, *Suneerat Yangyuen**,
*Udomsak Mahaweerawat**, *Chatchada Mahaweerawat***

ABSTRACT

This cross sectional study aims to determine the association between elderly health literacy and self-care behaviors. All 257 elderly subjects with simple random sampling method in rural community namely Kudrang subdistrict, Kudrang district, Mahasarakham Province. The data were collected by standardized questionnaire. The percentage, median, and binary logistic regression were used for analysis. The results revealed that the major elderly groups were female (70%), median age of 67 years, reside with couple/children/relative (88.3%), and most of them were social bound elders (90.3%). Most of elderly had high level of self-care behaviors (53.3%), high level of total health literacy (51.4%), and the low level of total health literacy was significantly associated with the low level of self-care behaviors (aOR=2.66, 95%CI: 1.47, 4.81). This study pointed that elderly self-care behaviors level derived effect mutually of elderly health literacy level. Hence, the adequate health literacy promoted could enhance elderly be able to practicing appropriated self-care behaviors.

Keywords: Health literacy; Self-care behaviors; Elderly

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

** Faculty of Medicine, Mahasarakham University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัจจุบันประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยปี ค.ศ. 2018 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุ จำนวน 990 ล้านคน และประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ 12 ล้านคน และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2564^{1,2} ทั้งนี้ผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย² และผู้สูงอายุส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังคนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 11 และ 21 ตามลำดับ ถ้าผู้สูงอายุเหล่านี้มีโรคเรื้อรังหรือมีข้อจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตนเองร่วมด้วยจะทำให้เกิดภาวะในการดูแลสุขภาพของครอบครัวได้^{2,3} สำหรับจังหวัดมหาสารคาม มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยปี 2560 มีจำนวน 151,690 คน (ร้อยละ 15.75) และปี 2561 มีจำนวน 157,588 คน (ร้อยละ 16.36)⁴ และพื้นที่ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นเขตชนบทและประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 1,024 คน (ร้อยละ 21.43) เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้ดูแล ร้อยละ 17.6 และมีปัญหาโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 22.0) ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ เนื่องจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย และบางส่วนยังรับประทานอาหารที่มีไขมัน

สูง รสเค็มและรสหวานจัด เนื่องจากเคยชินกับวิถีการบริโภค⁵ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม อาจเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและเจ็บป่วยตามมาได้

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพถูกนำมาใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพโดย “ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หมายถึง ความสามารถและทักษะในการค้นหาข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพที่ดีได้⁶ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเข้าถึงโรงพยาบาล การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น⁷ และมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ⁸ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำจะขาดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ขาดความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพและการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้⁷ ทั้งนี้ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกัน เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมการ

ดำรงชีวิต^{2,9,10} โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทอาจจะมีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างด้านโครงสร้างอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อความรู้ ทักษะ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเองได้^{11,12} จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยได้ศึกษาระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท เพื่อให้ทราบถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ และนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study ระยะเวลาวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 - มิถุนายน 2563

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุในเขตตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,024 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร และ 2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร¹³ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และใช้ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก เท่ากับ 62.0 % จากการศึกษาของเขมิกา สมบัติโยธา และคณะ¹⁴ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 0.05 และปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ดังนั้นได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 257 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

2. ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ผู้วิจัย นำเอามาตรวัดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของ ภัทรธินิตา ศรีแสง และวราภรณ์ ดีน้ำจืด¹⁵ มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ให้ระดับคำตอบ 5 ระดับ คือ 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) 4 (เห็นด้วยมาก) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 2 (เห็นด้วยน้อย) 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) แบ่งระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของแต่ละองค์ประกอบโดยใช้ค่ามัธยฐาน ดังนี้

2.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพระดับสูง คือ 10 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำ คือ น้อยกว่า 10 คะแนน

2.2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพระดับสูง คือ 18 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำ คือ น้อยกว่า 18 คะแนน

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพระดับสูง คือ 21 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำ คือ น้อย

การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพระดับสูง คือ 19 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำ คือ น้อยกว่า 19 คะแนน

2.5 ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมระดับสูง คือ 67 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำ คือ น้อยกว่า 67 คะแนน (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.85)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามโดยอ้างอิงตามหลักการดูแลสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ¹⁶ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อุบัติเหตุ และอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 27 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ให้ระดับคำตอบ 3 ระดับ คือ 3 (ปฏิบัติเป็นประจำ) 2 (ปฏิบัติบางครั้ง) 1 (ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง) มีคะแนนรวมระหว่าง 27-81 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้ค่ามัธยฐาน ดังนี้ ระดับสูง คือ 69 คะแนนขึ้นไป และระดับต่ำ คือ น้อยกว่า 69 คะแนน (ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่า Cronbach's α เท่ากับ 0.76)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และกรณีในกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอม และสัมภาษณ์ใช้เวลา 15 - 20 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่ามัธยฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติ Binary logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยกำหนดกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรผลลัพธ์ คือ กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง

และตัวแปรควม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 146/2562 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2562

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) มีค่ากลางอายุเท่ากับ 67 ปี สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 52.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 87.5) มีค่ากลางของรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 2,000 บาท ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/ญาติ (ร้อยละ 88.3) เป็นกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 90.3) และมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง ร้อยละ 53.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 46.7 (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1) ด้านอาหาร พบว่า มีการปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อและการรับประทานผัก/ผลไม้ เป็นต้น 2) ด้านการออกกำลังกาย พบว่า มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เช่นการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น 3) ด้านอารมณ์

พบว่า วิธีการคลายเครียดที่ปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การไหว้พระ สวดมนต์และพูดคุยพบปะเพื่อน เป็นต้น 4) ด้านอุบัติเหตุ พบว่า มีการปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การระมัดระวังเมื่อเข้าห้องน้ำ การเก็บกวาดสิ่งของให้เป็นระเบียบ เป็นต้น และ 5) ด้านอนามัยส่วนบุคคล พบว่า มีการปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร เป็นต้น

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับสูง (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่มีความสามารถในระดับน้อย-น้อยมากที่สุด เช่น การเปิดรับและค้นหาข้อมูลสิทธิและสวัสดิการด้านสุขภาพ การค้นหาความรู้เพื่อนำไปดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นต้น 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีความสามารถในระดับมาก เช่น ความเข้าใจสาเหตุและผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ และสามารถอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในปัญหาสุขภาพของตนเอง เป็นต้น 3) การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีความสามารถในระดับมาก เช่น การประเมินข้อมูลที่ได้รับก่อนปฏิบัติตาม และการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพของตนเอง เป็นต้น และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พบว่า มีความสามารถในระดับมาก เช่น การเลือกบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการจัดการความเครียด เป็นต้น

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

	จำนวนทั้งหมด (n=257) จำนวน (ร้อยละ)	พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเอง ระดับต่ำ (n=120) จำนวน (ร้อยละ)	พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเอง ระดับสูง (n=137) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	77 (30.0)	40 (33.3)	37 (27.0)
หญิง	180 (70.0)	80 (66.7)	100 (73.0)
อายุ (ปี)			
≥ 67	135 (52.5)	69 (57.5)	66 (48.2)
< 67	122 (47.5)	51 (42.5)	71 (51.8)
สถานภาพสมรส			
หม้าย/หย่า/แยก	134 (52.1)	65 (54.2)	69 (50.4)
คู่	123 (47.9)	55 (45.8)	68 (49.6)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	225 (87.5)	106 (88.3)	119 (86.9)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	32 (12.5)	14 (11.7)	18 (13.1)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			
< 2,000	97 (37.7)	50 (41.7)	47 (34.3)
≥ 2,000	160 (62.3)	70 (58.3)	90 (65.7)
ลักษณะการอยู่อาศัย			
อยู่คนเดียว	30 (11.7)	21 (17.5)	9 (6.6)
อยู่กับคู่สมรส/บุตร/ญาติ	227 (88.3)	99 (82.5)	128 (93.4)
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน			
กลุ่มติดบ้าน	25 (9.7)	18 (15.0)	7 (5.1)
กลุ่มติดสังคม	232 (90.3)	102 (85.0)	130 (94.9)
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวม			
ระดับต่ำ	125 (48.6)	73 (60.8)	52 (38.0)
ระดับสูง	132 (51.4)	47 (39.2)	85 (62.0)

การวิเคราะห์ Multivariate เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า ความ

รู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (aOR= 2.66, 95%CI: 1.47, 4.81) นอกจากนี้ยังพบว่า การมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบในระดับต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่ำเช่นกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	พฤติกรรมดูแลสุขภาพพระระดับต่ำ	
	OR (95%CI)	aOR (95%CI)
- มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	2.16 (1.27, 3.68)*	2.38 (1.26, 4.49)*
- มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	2.50 (1.50, 4.14)*	2.21 (1.22, 4.01)*
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	2.86 (1.71, 4.79)*	2.39 (1.32, 4.33)*
- มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	3.16 (1.89, 5.29)*	2.28 (1.27, 4.08)*
- มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำ (ref: ระดับสูง)	2.53 (1.53, 4.20)*	2.66 (1.47, 4.81)*

หมายเหตุ: OR= Odds ratio, aOR = Adjusted Odds ratio, CI= confidence interval, ref= Reference group, กลุ่ม

พฤติกรรมดูแลสุขภาพพระระดับสูง (กลุ่มอ้างอิง), *p<0.01

วิจารณ์ (Discussions)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ ด้านอาหาร การจัดการความเครียด การป้องกันอุบัติเหตุ และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ส่วนการออกกำลังกายจะมีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

สอดคล้องกับการศึกษาของฤดีวรรณ วงศ์เจริญ และประเสริฐ ประสมรักษ์¹⁷ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการจัดการความเครียด และการศึกษาของศิรินันท์ สุขศรี และดาววรรณ เศรษฐีธรรม¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง

คือ ด้านการรับประทานอาหาร ส่วนการออกกำลังกายสามารถปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง แต่แย้งกับการศึกษาของเนตรดาว จิตโสภากุล¹⁹ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ทั้งนี้ความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพอาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความแตกต่างในพื้นที่ และความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นต้น^{8,20} แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมในระดับสูง แต่กลับพบว่ามีความสามารถในเข้าถึงข้อมูลระดับน้อย-น้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล ใจดี และคณะ²¹ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพ และมีความเสี่ยงต่อการเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลใกล้ชิดได้ง่าย ซึ่งอาจทำให้ขาดการกลั่นกรองข้อมูลเพื่อใช้ดูแลสุขภาพตนเองได้³ และยังพบว่า มีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์ะสกุล² พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการฟัง อ่าน เขียน และการสื่อสารระหว่างบุคคล ส่งผลให้เกิดความเข้าใจข้อมูลคลาดเคลื่อนและตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมได้

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยรวมและความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahdizadeh and Solhi,⁸ and Geboers et al.²⁰ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพต่ำนั้น จะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ เนื่องจากขาดความตระหนัก เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ และมีทักษะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองต่ำ จึงทำให้มีภาวะสุขภาพ 'ไม่ดี'^{2,20} และผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพระดับต่ำ อาจทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการฟัง อ่าน เขียน ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อความเข้าใจข้อมูลสุขภาพคลาดเคลื่อนได้^{2,3,7} และผู้สูงอายุที่มีทักษะการวิเคราะห์ ตัดสินใจและเลือกใช้ข้อมูลในระดับต่ำ จะทำให้ขาดทักษะในการสื่อสารภาวะสุขภาพของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ จึงเสี่ยงที่จะได้รับคำแนะนำที่ไม่ตรงกับความต้องการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้^{2,3,9,21}

ข้อยุติ (Conclusions)

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย

ผู้สูงอายุที่มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำด้วย

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ สามารถค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการ และสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งต่อไปอาจศึกษาการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Damrikarnlerd L, Aruntippaitoon S, Pothisiri W, Rittirong J, Chamchan C, Chuanwan S, et al. **Situation of the Thai elderly 2018**. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, Bangkok; 2019. [in Thai].
2. Boonsatean W, Reantippayasakul O. Health literacy: situation and impacts on health status of the older adults. **Journal of Nursing and Health** 2020; 2(1): 1-19. [in Thai].

รู้เท่าทันด้านสุขภาพสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หรือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นต้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพระดับต่ำส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำด้วย และทำให้มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีตามมา ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูล

3. Kaeodumkoeng K, Thummaku D. Health literacy promoting in aging population. **Journal of health science research** 2015; 9(2): 1-8. [in Thai].
4. Department of Older persons. **Statistical of elderly persons in Thailand 2018**. [online] 2018 [cited 2019 Jan. 12] . Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/13> [in Thai].
5. Kudrang Subdistrict Health Promotion Hospital. **Hospital health information**.

- Maharakham: Department of technology information, Maharakham; 2017. [in Thai].
6. Kaeodumkoeng K, Trepetsriurai N. **Health literacy**. Nonthaburi: Department of health service support, Nonthaburi; 2011. [in Thai].
 7. Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. **Gerontol Geriatr Med** 2016; 2: 1-13.
 8. Mahdizadeh M, Solhi M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. **Electron Physician** 2018; 10(3): 6462-6469.
 9. Geboers B, de Winter AF, Spoorenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. **Qual Life Res** 2016; 25(11): 2869-2877.
 10. Yangyuen S, Thitisutthi S. Health literacy in substance use and alcohol consumption among university students. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(2): 163-83. [in Thai].
 11. Lee S, Choi Y, Lee D, Nam S. A study on the health literacy of the elderly in rural area. **Biomedical Research** 2017; 28(17): 7567-7573.
 12. Golboni F, Nadrian H, Najafi S, Shirzadi S, Mahmoodi H. Urban-rural differences in health literacy and its determinants in Iran: A community-based study. **Aust J Rural Health** 2018; 26(2): 98-105.
 13. Chirawatkul A, Laopaiboon M, Jeeraporn K, Thavornpitak Y, Chokkanatitak J, Thinkhamrop B, et al. **Biostatistics for health science research**. Khon Kaen: Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen; 2004. [in Thai].
 14. Sombateyotha K, Yoosuk W, Turnbol N. Health Behavior and Quality of Life of the Elderly in Chiangyuen District, Maharakham Province. **J Sci Technol MSU** 2019; 38(1): 47-59. [in Thai].
 15. Srisaeng P, Deenamjued W. Health literacy of healthy Aging among Elderly in Bangkok Metropolitan: Development and validation of health literacy scale. **Journal of The Royal**

- Thai Army Nurses 2019; 20(2): 340-50. [in Thai]
16. Department of Older persons. **Self-care and the development of the elderly potential "healthy"**. Bangkok: Department of Older persons, Bangkok; 2017. [in Thai].
17. Wongchareon R, Prasomruk P. Health literacy, health promotion behaviors and health outcomes among older adults in Amnatcharoen Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(2): 181-96. [in Thai].
18. Suksri S, Settheetham D. Health Literacy and Self Care Related to Quality of Life of Elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen Province. **KKU research journal (Graduate Study)** 2017; 17(4): 73-84. [in Thai].
19. Jitsopakul N. Factors related to health promotion behaviors among elderly in Moo 6 Bung sala sub- district, Ongkharak district, Pathumthani Province. **Pathumthani University Academic Journal** 2014; 6(3): 171-8. [in Thai].
20. Geboers B, Reijneveld SA, Jansen CJ, de Winter AF. Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: Results from the life Lines cohort study. **Journal of health communication** 2016; 21(2): 45-53.
21. Jaidee N, Ramang R, Kawinwanich N, Phorawat R. Health literacy of the elderly in Mueang district, Kamphaeng phet province. **Proceedings of the 6th KPRU National Conference**. Kamphaeng Phet Rajabhat University: Kamphaeng Phet; 2019, p 1312-23. [in Thai].

ความเชื่ออำนาจในตน ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้ใช้ยาเสพติดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จิรพงศ์ วางวงศ์*, ทิพย์วัลย์ สุรินยา*

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจในตน ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประชากรเป็นผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพื้นที่ภาคตะวันตกในปี 2561 โดยใช้วิธีการศึกษาวิเคราะห์จากทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 365 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Independent t-test และ One way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 13-66 ปี เฉลี่ย 29.2 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 64.9 และว่างงานร้อยละ 17.5 มีความเชื่ออำนาจในตนอยู่ในเกณฑ์สูง เช่นเดียวกับความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด สถานภาพสมรสและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: ความเชื่ออำนาจในตน, ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรค, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ผู้ใช้ยาเสพติด

*สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Corresponding Author: jirapong wangwong. E-mail: tanaratt2@hotmail.com

Received 07/04/2020

Revised 12/05/2020

Accepted 15/06/2020

INTERNAL LOCUS OF CONTROL, ADVERSITY QUOTIENT, AND SELF EFFICACY IN DRUGS ABSTINENCE AMONG DRUG USERS IN BEHAVIOURAL CHANGE CENTRES

Jirapong Wangwong, Tippavan Surinya**

ABSTRACT

The objectives of this survey research were to investigate level of internal locus of control, adversity quotient, and drug treatment recipient's self-efficacy of drug abolition in the Behavioral Change Center. The samples were drug users in western area of Behavioral Change Center in 2019. The methodology of this study was done by multi-stage sampling, there were 365 samples and a questionnaire was administered to collect data, which were analyzed by quantitative analysis methods. The statistical analysis was used to analyze data in terms of percentage, median independent t-test and One-way ANOVA.

The results indicated that samples were 13 - 66 years old and 29.2 years in average. 44.3 percent of the samples had educational background at elementary level, 64.9 of them were married and 17.5 were unemployed. The samples had internal locus of control at high level. Self-efficacy of drug abolition and the ability to overcome obstacles of drug addicts control were also at high level. The marital status and occupations were correlated with self-efficacy of drug abolition with statistically significant level at .01

Keywords: Internal locus of control, Adversity quotient, Self-efficacy, drug users

*Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University.

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญในสังคม สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) ประมาณว่าในปี ค.ศ. 2017 มีประชากรโลก 271 ล้านคนหรือร้อยละ 5 ของประชากรอายุระหว่าง 15-64 ปี ที่ใช้ยาเสพติด¹ (UNODC, 2019) คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดที่ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศคาดประมาณจำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีประชากรเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง (ไม่นับบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 3,749,618 คน หรือคิดเป็น 74.56 ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 12-65 ปี มีผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 1 ปี จำนวนประมาณ 1,966,827 คน หรือคิดเป็น 39.11 ต่อ 1,000 คน ผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 30 วัน มีจำนวนประมาณ 1,318,016 คน หรือคิดเป็น 26.21 ต่อ 1,000 คน และกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา คือ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดมากกว่า 20 วันใน 30 วัน มีจำนวน 451,818 คน หรือคิดเป็น 8.98 ต่อ 1,000 คน พบสารเสพติดที่นิยมใช้ คือ กัญชา รองลงมาเป็นยาบ้า พืชกระท่อม ไอซ์ สารระเหย ผีน เฮโรอีน ยาอี ยาเค และโคเคน ตามลำดับ² (มานพ คณะโต และคณะ, 2562)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น³ ส่งผลให้มีผู้เกี่ยวข้องกับ

ยาเสพติดทุกพื้นที่ ผู้เสพยาเสพติดบางรายนำสารเสพติดบางชนิดที่เคยแพร่ระบาดกลับมาใช้ใหม่และนำยารักษาโรคบางชนิดมาทดแทนสารเสพติด⁴ ทำให้การบำบัดรักษามีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้น ในปี 2562 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 102,366 คน⁵ ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดช่วยแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอีกด้านหนึ่ง ผู้ที่ผ่านการบำบัด ในประเทศไทยพบว่าอัตรากลับไปเสพยาสูงถึงร้อยละ 70-90⁶

ปัจจัยที่ผู้บำบัดยาเสพติดไม่กลับมาเสพยาเสพติดซ้ำมี 2 สาเหตุ คือ ความเชื่อภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อม⁷ ซึ่งความเชื่อภายในตัวของผู้บำบัดยาเสพติดมีผลต่อการหยุดใช้ยาเสพติด เมื่อมีความเชื่อภายในตนจะรับรู้ถึงความเชื่ออำนาจในตน รู้ว่าต้องเลิกยาเสพติดด้วยตนเอง เชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรคและรับรู้ถึงความสามารถของตนในการเลิกใช้ยาเสพติด แม้จะเจอปัญหาอุปสรรคก็จะสามารถฟื้นฝ่าปัญหาและอุปสรรคไปได้ สอดคล้องกับการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถของตน ทศนคติต่อการใช้ยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด⁸

ความเชื่ออำนาจในตนของผู้บำบัดยาเสพติดมีผลต่อการบำบัดยาเสพติด หากผู้บำบัดยาเสพติดมีความเชื่อว่าสามารถเลิกยาเสพติดจะทำตามความเชื่อของตนเอง⁹ เกิดความเชื่อมั่น ลงมือปฏิบัติ หากความเชื่ออำนาจในตนไม่มีการบำบัดรักษาอาจล้มเหลว เพราะผู้บำบัดยาเสพติด

จะไม่สามารถฟันฝ่าอุปสรรคในช่วงบำบัดไปได้ ผู้บำบัดยาเสพติดต้องรับรู้ถึงความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค ความยากลำบากที่ต้องเอาชนะและฟันฝ่าไปให้ได้ ซึ่งมีผลต่อการประสบความสำเร็จในชีวิต⁷ หรือความสำเร็จในการบำบัดยาเสพติด เมื่อผู้บำบัดยาเสพติดมีความเชื่ออำนาจในตน รับรู้ถึงความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค จะเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดตามมา โดยผู้บำบัดยาเสพติดจะมีความเชื่อมั่น ประเมินว่าการเลิกยาเสพติดไม่ยากเกินความสามารถของตน ซึ่งบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้บำบัดยาเสพติดควรให้ความสำคัญ ส่งเสริมให้ผู้เข้าบำบัดยาเสพติดรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้ยาเสพติดเพื่อไม่ให้กลับไปเสพซ้ำ^{10,11}

จะเห็นว่าปัจจัยความเชื่อภายในตัวบุคคลมีผลต่อการบำบัดรักษายาเสพติด ดังนั้น การศึกษาความเชื่ออำนาจในตน ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดยาเสพติดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้บำบัดยาเสพติดและเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจในตน ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค และ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้เข้าบำบัดยาเสพติด

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดยาเสพติดจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

วิธีการศึกษา (Method)

แบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ในพื้นที่ภาคตะวันตกของประเทศไทยในปี 2561

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพื้นที่ภาคตะวันตกของประเทศไทย 8 จังหวัด (นครปฐม สุพรรณบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์) ในปี 2561 จำนวน 4,015 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ใช้สูตร ของ Yamane Taro (1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร (4,015)

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

กำหนดให้เท่ากับ 0.05

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 365 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกตัวอย่างจังหวัด โดยผู้วิจัยทำการสุ่มจับสลากจาก 8 จังหวัด เลือกมา 2 จังหวัด คือ จังหวัดเพชรบุรี และ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วนที่คำนวณได้ โดยใช้วิธีการจับสลากรุ่นของการบำบัด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดในแต่ละจังหวัด

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมและพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้บำบัดยาเสพติด มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การพักอาศัย ประวัติการบำบัดรักษา

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจในตนของผู้บำบัดยาเสพติด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจในตนของ Rotter จำนวน 9 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4

ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคของผู้บำบัดยาเสพติด มีจำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคของ Paul G. Stoltz โดยครอบคลุมความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การควบคุม สาเหตุ และความรับผิดชอบ ผลกระทบของปัญหาและความยุ่งยากต่อชีวิต และความอดทนต่อความยืดเยื้อของปัญหา โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดยาเสพติด มีจำนวน 21 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura โดยครอบคลุมการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 3 มิติ ประกอบด้วย มิติตามขนาด มิติความเข้มแข็ง และมิติการแผ่ขยาย โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้องของโครงสร้างเนื้อหา ภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ครอบคลุมนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์

ทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจังหวัดเพชรบุรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ของความเชื่ออำนาจในตน ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด เป็น 0.73, 0.82, และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานเจ้าหน้าที่ผู้จัดศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อขอความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงอธิบาย ขั้นตอน วิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้ารับบำบัดยาเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาลงรหัสบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ และดำเนินการ

วิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการทดสอบการกระจายแบบปกติของข้อมูลด้วยวิธี Distribution Plot ก่อนทำการวิเคราะห์ค่า Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 13-66 ปี เฉลี่ย 29.23 ปี (SD = 9.634) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.08 มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 64.93 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.29 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 47.12 พักอาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 78.08 และไม่เคยเข้าบำบัดรักษายาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 80.82

กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจในตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 29.61$, SD = 3.55) ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 58.88$, SD = 6.05) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 71.78$, SD = 7.89)

ตารางที่ 1 ระดับความเชื่ออำนาจในตน ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้เข้าบำบัดยาเสพติด

	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความเชื่ออำนาจในตน	29.61	3.55	สูง
ความสามารถในการฟื้นฝ่าอุปสรรค	58.88	6.05	สูง
ด้านการควบคุม	16.86	2.22	สูง
ด้านสาเหตุและความรับผิดชอบ	16.34	2.44	สูง
ด้านผลกระทบของปัญหาและความยุ่งยากต่อชีวิต	13.21	1.97	ปานกลาง
ด้านความอดทนต่อความยึดเยื้อของปัญหา	12.47	1.95	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้ยาเสพติด	71.78	7.89	สูง
ด้านมิติตามขนาด	23.11	3.07	สูง
ด้านมิติความเข้มแข็ง	25.04	2.85	สูง
ด้านมิติการแผ่ขยาย	23.63	3.15	สูง

ผู้บำบัดยาเสพติดที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัด ยาเสพติดจำแนกตามอาชีพ โดยรวมเฉลี่ยอาชีพพนักงานบริษัท สูงกว่าอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร ว่างงาน

และอาชีพรับจ้างทั่วไป การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดยาเสพติด จำแนกตามอาชีพ พบว่าผู้บำบัดยาเสพติดที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด โดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด

	n	\bar{X}	S.D.	p-value
สถานภาพสมรส				0.001
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	237	70.76	7.819	
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	128	73.68	7.696	
ระดับการศึกษา				0.074
ประถมศึกษา	158	70.99	7.932	
มัธยมศึกษาตอนต้น	128	71.72	7.119	
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	79	73.47	8.788	
อาชีพ				0.001
ว่างงาน	64	71.53	7.676	
รับจ้างทั่วไป	172	69.83	7.806	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร	75	72.51	8.211	
พนักงานบริษัท	54	75.18	6.983	
การพักอาศัย				0.659
อยู่กับครอบครัว	285	71.68	7.870	
ไม่ได้อยู่กับครอบครัว	80	72.13	8.001	
ประวัติการบำบัดรักษา				0.140
ไม่เคย	295	72.08	7.790	
เคย	70	71.54	8.237	

เมื่อทำการการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดโดยรวมทุกด้านของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่ พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดที่ว่างงาน และที่มีอาชีพ

รับจ้างทั่วไป มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดโดยรวมทุกด้านแตกต่างจากผู้ที่มีอาชีพพนักงานบริษัท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด
จำแนกตามอาชีพ โดยวิธี LSD

	\bar{X}	อาชีพ (1)	(2)	(3)	(4)
		71.53	69.83	72.51	75.19
(1) ว่างาน	71.53	-	1.043	-0.975	-3.654*
(2) รับจ้างทั่วไป	69.83		-	-2.018	-4.697*
(3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร	72.51			-	-2.679
(4) พนักงานบริษัท	75.19				-

วิจารณ์ (Discussions)

ปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้บำบัดยาเสพติดพบว่า ผู้บำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เนื่องจากผู้บำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่ศึกษาต่อหรือหยุดเรียนกลางคันในชั้นมัธยมต้น มีอาชีพรับจ้างทั่วไป การพักอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าบำบัดรักษายาเสพติด

ความเชื่ออำนาจในตน ของผู้บำบัดยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูง เป็นความเชื่อที่บุคคลรับรู้ถึง สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำของตนเป็นสำคัญ ทั้งผลดีและผลร้ายสาเหตุมาจากการกระทำของตน¹² โดยผู้บำบัดยาเสพติดมีความรู้โทษพิษภัยของยาเสพติด ทักษะการเลิกยาเสพติด ผูกปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความเชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนทั้งความสำเร็จ ความล้มเหลว ผลดีผลร้ายเกิดจากปัจจัยภายใน

ตนเอง คือ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตน ซึ่งตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ โดยผู้บำบัดยาเสพติดมีความเชื่ออำนาจในตนต่างกัน ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูงจะแสดงพฤติกรรมที่น่าปรารถนาออกมา¹³ มีความมุ่งมั่นบำบัดยาเสพติดกว่าคนที่มีน้อย

ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค ของผู้บำบัดยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยผู้บำบัดยาเสพติดมีความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค อดทนต่อปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปัญหาลุप्तรรคที่เกิดขึ้นระหว่างบำบัด มีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ย่อท้อ มุ่งมั่นจะเลิกยาเสพติดให้ได้ เพราะผู้บำบัดได้รับความรู้ ทักษะการเลิกยาเสพติด และฝึกให้รับมือจัดการกับปัญหาอุปสรรค ระหว่างการบำบัด โดยรับรู้ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคด้านการควบคุม ด้านสาเหตุและความรับผิดชอบ ด้านความอดทนต่อความยืดเยื้อของปัญหาอยู่ในระดับสูง บ่งบอกว่าผู้บำบัดยาเสพติดควบคุมตนเองและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบำบัด

รู้สาเหตุและรับผิดชอบต่อการบำบัด มีความอดทนพยายามจัดการปัญหาอย่างถูกวิธี ด้านผลกระทบของปัญหาและความยุ่งยากต่อชีวิตของผู้บำบัดยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้บำบัดยาเสพติดรับรู้ถึงผลกระทบและความยุ่งยากต่อชีวิตไม่เท่ากัน ทำให้เชื่อว่าการบำบัดยาเสพติดมีความยุ่งยากและมีผลต่อการดำเนินชีวิต

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยผู้บำบัดยาเสพติดสามารถประเมิน ตัดสินใจในความสามารถของตนเองในการบำบัดยาเสพติดตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามโปรแกรมบำบัดของศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นพัฒนาศักยภาพให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีความตระหนักรู้ปัญหาและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้โดยปกติ^{14,15} ซึ่งผู้บำบัดยาเสพติดมีความอดทนไม่ท้อถอย และร่วมมือทำกิจกรรมบำบัด จึงรู้ว่าตนเองมีความสามารถเลิกยาเสพติดได้ โดยรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านมิติตามขนาด ด้านมิติความเข้มแข็ง และด้านมิติแผนการขยาย บ่งบอกว่าผู้บำบัดยาเสพติดรู้ความยากง่าย ขั้นตอนและความยุ่งยากในการบำบัดและกำหนดเป้าหมายให้เลิกยาเสพติดได้ โดยนำประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จมาสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้บำบัดยาเสพติดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีระดับความเชื่ออำนาจในตน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดและความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรค ด้านการควบคุม ด้านสาเหตุและความรับผิดชอบ ด้านความอดทนต่อความยืดเยื้อของปัญหาอยู่ในระดับสูง และความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคด้านผลกระทบของปัญหาและความยุ่งยากต่อชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้บำบัดมีทักษะและความตั้งใจเลิกยาเสพติด รู้สาเหตุและรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เชื่อว่าสามารถเปลี่ยนชีวิตให้ดีขึ้นได้

ความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดยาเสพติด ความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติด โดยรวมของผู้บำบัดยาเสพติด

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้บำบัดยาเสพติดมีความเชื่ออำนาจในตนอยู่ในระดับสูง ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดจัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้บำบัดมีความเชื่ออำนาจในตน รับรู้ว่ามีสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำของผู้บำบัด และสามารถจัดการควบคุมได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้บำบัดฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การคิดวิเคราะห์และตัดสินใจด้วยตนเอง การควบคุมและจัดการอารมณ์

ตนเอง การจัดการตัวกระตุ้นที่จะทำอยากใช้ยาเสพติด การปฏิเสธ

2. ผลการศึกษาพบว่า ผู้บำบัดยาเสพติดมีความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง ควรพัฒนาหลักสูตรการบำบัดให้มีเนื้อหาวิชาหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้บำบัดฝึกฝนสมรรถภาพแก้ปัญหาอุปสรรค ทำอะไรได้ด้วยตนเอง การนำประสบการณ์ในชีวิตมาปรับใช้กับกิจกรรม ใบบาง การดูสื่อ ละคร การฟัง พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน การแสดงบทบาทสมมติถึงผลกระทบปัญหา ความยุ่งยากต่อชีวิต โดยให้ฝึกผ่านกิจกรรมจากระดับงายไปหายาก เพื่อให้บำบัดยาเสพติดเรียนรู้ทักษะความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคในการเลิกยาเสพติดเพิ่มขึ้น นำไปสู่การเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร

3. ผลการศึกษาพบว่า ผู้บำบัดยาเสพติดรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับสูง ควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้บำบัดพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองให้เกิด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
2. Kanato M, Thaikla K, Assanangkornchai S, Areesantichai C, Charoenrat S, Leyatikul P, et al. **Report on Size**

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด¹² โดยตั้งเป้าหมายในการเลิกยาเสพติดให้ชัดเจน ฝึกทักษะการประเมินตนเองให้ถูกต้อง การพึ่งตนเอง การมีเหตุผล ไม่คล้อยตามผู้อื่น มอบหน้าที่ให้รับผิดชอบ เป็นมิตรและช่วยเหลือเพื่อน ฝึกบทบาทผู้นำผ่านกิจกรรม

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากการทบทวนความรู้ ทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตน ทฤษฎีความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจในตนและความสามารถในการฟื้นฟ้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกยาเสพติดของผู้บำบัดยาเสพติด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้บำบัดยาเสพติดในศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

- Estimation of Substances Users in Thailand 2019. Bangkok: Charunsanitwong printing house; 2019.
3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2016**. Vienna: United Nations publication; 2016.

4. Koranee R, Aunchai C, Ditsawan A, Pomyai S, Vinissorn T. Situation of Addictive Substance Use Among Narcotics Drug Users in Health Service Region 3, 2009–2014. **Journal of Health Science** 2017; 25(2): 173-80. [in Thai].
5. Narcotics Analysis and Technical Service Institute. **Internal drug analysis record**. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice, unpublished statistics; 2019.
6. Weerachai W, Srisawang P, Thippayawong T. **Methadone Maintenance Treatment Training Manual**. Bangkok: Chulalongkorn University printing house; 2010. [in Thai].
7. Thatsananchalee T. The process of non-becoming amphetamine addict: a case study of rehabilitated person in process of correctional system. **Interdisciplinary sripatum chonburi journal** 2011; 1(3): 36-48. [in Thai].
8. Leyatikul P, Wonguppa R. Factors related to the intention to stop using drugs: Case study in drug camp, Special combat training unit Pak Chong district, Nakhonratchasima province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(1): 103-116. [in Thai].
9. Wiwatpanich M. **Self esteem, Locus of Control and Life Satisfaction of the Elderly Club Members in Phrakhanong District, Bangkok**. [Independent study Master of Science in Community Psychology]. The Graduate School, Bangkok: Kasetsart University; 2011. [in Thai].
10. Stoltz PG. **Adversity Quotient: Turning Obstacles in to Opportunities**. New York: John Wiley and Sons; 1997.
11. Kambunnaruk T. **Adversity quotient: turning obstacles into opportunities**. Bangkok: Expernet Books; 2005. [in Thai].
12. Strickland B. **Internal-External Control of Reinforcement in T. Blasted. Personality Variables in Social Behavior**. New York: John Wiley and Sons; 1977.
13. Dutuen P. Internal locus of control: The measurement, the importance and Change. **Journal of social development** 2006; 8 (2): 107-142.
14. Amnatkitikon W, **Psychosocial factors and Intention to stop drug addiction of Drug addicts in Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center**. Chiang Mai: Thanya Rak Chiang Mai Hospital, Department of Medical Services Ministry of Public Health; 2553.

15. Bandura A. Albert bandura and self-efficacy. Self-efficacy [online] 1986 [cited 2017 September 1]. Available from: <http://www.emory.edu/education/mfp/efficacy.html>.

การประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีและลูกประคบสมุนไพร ช่วยจัดการความปวดตึงเต้านมในหญิงหลังคลอดครรภ์แรก

ชนิษฐา ทุมา*, ผกาพรรณ ทันแก้ว**, สุภาพร สระแก้ว**,
ธีระ ผิวเงิน*, อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม*, พิชทรัพย์ สุทธิธนอภิพงษ์*

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีสด และลูกประคบสมุนไพรสด ต่อความปวดตึงเต้านม และปริมาณการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มารับบริการงานห้องคลอด โรงพยาบาลนุชนทริก จำนวน 60 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งการทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีสดและกลุ่มที่ประคบด้วยสมุนไพรสดกลุ่มละ 30 คน วัสดุที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยลูกประคบสด กะหล่ำปลีสด เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกปริมาณน้ำนม และแบบสอบถามความพึงพอใจ แบบบันทึกนี้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และ Mann-Whitney- Wilcoxon test

ผลวิจัยพบว่า หลังจากประคบเต้านมติดต่อกัน 5 วัน ด้วยการใส่กะหล่ำปลีสดสามารถลดอาการปวดตึงเต้านมได้ดีกว่าการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรปริมาณน้ำนมไหลออกมามากกว่าการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลี การประเมินความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีมากกว่าการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นประโยชน์ของการนำสมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ลดการใช้ยาที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงกับร่างกาย อีกทั้งช่วยให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมมารดาต่อไป

คำสำคัญ: ลูกประคบสมุนไพร, กะหล่ำปลี, หญิงหลังคลอดครรภ์แรก, อาการปวดตึงเต้านม, การประคบเต้านม

*สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาลัยเทคโนโลยีสุขภาพนคร

**โรงพยาบาลนุชนทริก อำเภอนุชนทริก จังหวัดอุบลราชธานี

Corresponding Author: Kanitta Thuma. E-mail: kanthuma22@gmail.com

Received 09/06/2020

Revised 14/07/2020

Accepted 18/08/2020

THE COMPRESS BREASTS WITH CABBAGE AND HERBAL AS AN ADJUNCT FOR MANAGING PAIN IN THE FIRST POSTPARTUM MOTHER

*Kanitta Thuma**, *Pakaparn Thankaew***, *Supapron Srakaew***,
*Teera Piwngern**, *Anunkaorn Jitcharentham**, *Pichapat Thititanaapipong**

ABSTRACTS

This Quasi-Experimental research was design for study the effective of compress breast with cabbage and herbal. The compress to reduce pain breast tenderness in the postpartum first. The compress breast pain score and volume circulate of breast feeding in the postpartum first. A total of 60 participants are postpartum first to get service labour room in Buntharik hospital. Divided into 30 person per groups. Data collection were composed of a fresh Cabbage and Herbal, a demographic data form, and a milk expression assessment records, and satisfaction questionnaires with the reliability of 80. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and Mann-Whitney-Wilcoxon test.

According to studies, it has been found that reduce pain for five days: compress breast with cabbage better than herbal the present study difference of significant. The compress breast with herbal improved more than cabbage. Satisfaction assessment found satisfied in compress breast with cabbage. This study to introduce in applying for postpartum first of compress breast with cabbage to reduce pain breast tenderness. Encourage of compress breast with herbal to improve breast milk circulate. Each other for postpartum had to bringing up for successful.

Key words: herbal, cabbage, first postpartum, breast pain, compress breast

*Department of Thai traditional Medicine, Faculty of Natural Resources, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus

**Buntharik Hospital, Buntharik District, Ubon Ratchathani.

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

น้ำนมมารดามีผลดีต่อสุขภาพของทารก ช่วยสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน โดยพบว่า ทารกที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 30^{1,2} ซึ่งสาเหตุที่ต้องหยุดให้นมแม่ที่บอบบอบที่สุด คือ อาการคัดตึงเต้านม หัวนมแตก เต้านมอักเสบ หรือเป็นฝี ทำให้เกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรง หรืออาจมีไข้ได้ จนปฏิเสธการให้นมบุตรเกิดความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่³

การบรรเทาการคัดตึงเต้านมมีรายงานวิจัยว่าการประคบร้อนด้วยการใช้ถุงชาร้อนเกลือ⁴ ผ้าชุบน้ำอุ่น⁵ แผ่นเจล⁶ หรือใช้ลูกประคบสมุนไพร⁷ จะช่วยกระตุ้นให้เลือดไหลเวียนภายในเต้านมได้ดี ลดอาการคัดตึงรวมทั้งยังทำให้การไหลของน้ำนมดีขึ้นได้ แต่ในหญิงหลังคลอดบางคนผลจากความร้อนนี้อาจทำให้มีการอักเสบของหัวนมที่แตกหรืออักเสบเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นวิธีการประคบร้อนที่ไม่มีตัวยาลดการอักเสบ อาจจะไม่เหมาะสม สำหรับการประคบเย็นมีรายงานวิจัยว่าช่วยลดอาการปวดตึงเต้านมได้เช่นกัน อาจทำโดยการแช่แผ่นเจลลดไข้ หรือผ้าห่อน้ำแข็งนำมาประคบเต้านม โดยมีหลักการ คือ ความเย็นจะทำให้เส้นเลือดที่มาเลี้ยงเต้านมหดตัว ส่งผลให้

อาการคัดตึงไม่เพิ่มขึ้น จึงมีความสุขสบายมากขึ้น⁸ นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยการประคบเย็นโดยใช้ใบกะหล่ำปลีสดว่าสามารถช่วยลดอาการอักเสบ อาการปวดคัดตึงเต้านมได้ เนื่องจากความเย็นในใบกะหล่ำปลีทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดการไหลเวียนของโลหิต จึงลดอาการบวม⁹ ทั้งยังพบว่า ในตำราแพทย์แผนไทยจัดว่ากะหล่ำปลีเป็นพืชสมุนไพร รสเย็น มีฤทธิ์ดูดซับความร้อน ช่วยลดการคั่งของสารน้ำในเนื้อเยื่อ เมื่อใช้ใบกะหล่ำปลีสดเย็นประคบบริเวณเต้านม จึงลดอาการปวดคัดตึงเต้านมลดลงได้^{10,11}

จากข้อมูลนี้ผู้วิจัยจึงสนใจเปรียบเทียบการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีและลูกประคบสมุนไพรสดต่ออาการคัดตึงเต้านมและวัดปริมาณการไหลของน้ำนมก่อนและหลังการประคบในหญิงหลังคลอดครรภ์แรก เนื่องจากยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการรับรู้เรื่องอาการปวดตึงเต้านมและการไหลของน้ำนม ผลที่ได้จากการวิจัยน่าจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งหญิงหลังคลอด ผู้สนใจ หรือหน่วยงานทางการแพทย์ที่จะนำไปปรับประยุกต์ใช้ต่อยอดการศึกษาต่อไป เพื่อเป็นองค์ความรู้ใหม่และเป็นแนวทางในการเลือกใช้สำหรับการดูแลหญิงหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาผลของการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีและลูกประคบสมุนไพรสดต่อ

การลดอาการปวดตึงเต้านม และปริมาณการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดครรภ์แรก

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลี และลูกประคบสมุนไพรต่ออาการปวดตึงเต้านมและวัดปริมาณการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนและหลังได้รับการประคบเต้านม

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มที่ใช้ลูกประคบสำเร็จรูป มีส่วนประกอบตามสูตรของกรมการแพทย์แผนไทย น้ำหนัก 250 กรัม นำไปนึ่งใช้เวลา 15 นาที วางพักไว้ วัดอุณหภูมิของลูกประคบด้วยเทอร์โมมิเตอร์ให้ได้ 40°C จึงนำไปใช้ประคบใช้เวลา 20 นาที ส่วนกลุ่มที่ประคบด้วยกะหล่ำปลี นำกะหล่ำปลีสดมาแกะเอาใบกลีบใน จำนวน 250 กรัม นำมาล้างทำความสะอาด นำไปห่อหุ้มให้รอบเต้านมทั้งสองข้าง แล้วใช้ผ้าก๊อศพันรอบเต้านมยึดกับต้นคอไว้เป็นเวลา 20 นาที แล้วแกะออก ทำการประคบต่อเนื่องกันทุกวันเป็นระยะเวลา 5 วัน ใช้เวลา 20 นาทีต่อวัน (หญิงหลังคลอดมีการพักฟื้นในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 วัน จากนั้นจะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ คือ หญิงหลังคลอดครรภ์แรกที่มาใช้บริการห้องคลอดโรงพยาบาล

บุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 เกณฑ์ในการเลือก

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้

- 1) มารดาหลังคลอดครรภ์แรกพักฟื้น 8 ชั่วโมง สัญญาณชีพปกติ มีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี
- 2) ลักษณะเต้านมปกติ มีอาการปวดตึงเต้านม มีคะแนนความปวด 4 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบวัดระดับอาการปวด Visual Rating Scales
- 3) มีอุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.8 องศาเซลเซียส
- 4) ยินดี เข้าร่วม โครงการ จนถึงที่สุด การศึกษา

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้

- 1) ใช้ยาลดปวด หรือยาเพิ่มน้ำนมในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ
- 2) เกิดอาการแพ้สมุนไพร เช่น มีตุ่มผื่นคัน เป็นหนอง หายใจลำบาก แน่นหน้าอก วิงเวียน
- 3) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในระหว่างทำการทดลอง เช่น มีการตกเลือด เต้านมอักเสบรุนแรง
- 4) มีภาวะไม่พร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ หรือต้องการถอนตัวออกจากโครงการ

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 50 คน มีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจึงคิดค่า

dropout ที่ 20 % ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน แบ่งการทดลองออกเป็น 2 กลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2) แบบวัดประเมินระดับอาการปวดคัดตึงต้านม ดัดแปลงโดยใช้แบบวัดระดับอาการปวด Visual Rating Scales¹²

3) แบบบันทึกปริมาณการไหลของน้ำนม บันทึกปริมาณน้ำนมที่ได้จากการใช้เครื่องปั้มนมแบบอัตโนมัติดูทั้งสองข้าง ตั้งเวลาการปั้มนมนาน 15 นาที เวลาที่ใช้ปั้มนี้คล้ายคลึงกับระยะเวลาที่ทารกใช้ดูดนมปกติ¹³ ดูดตรวจวัดแล้วบันทึกลงในตาราง

4) แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวิธีการประคบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวิธีการประคบ เมื่อสิ้นสุดการทดลองจะให้หาคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในโครงการนี้

แบบบันทึกปริมาณการไหลของน้ำนมและแบบประเมินความพึงพอใจผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 1 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบประเมินไปวัดระดับการไหลของน้ำนมโดยใช้กระบอกยาดวงวัดหน่วยเป็นมิลลิลิตร ในมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1) ข้อมูลทั่วไปนำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าความปวดตึงต้านมและปริมาณการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนและหลังประคบต้านมโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test และ Mann-Whitney-Wilcoxon test

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการปกป้องอันตรายจากการวิจัย และมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยตลอดเวลา โดยคณะผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและอันตรายจากการวิจัยโดยเคร่งครัด

ผลการศึกษา (Results)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประคบต้านมด้วยกะหล่ำปลี และลูกประคบสมุนไพรสดต่ออาการปวดตึงต้านมในหญิงหลังคลอดครรภ์แรก และเปรียบเทียบปริมาณการไหลของน้ำนมก่อนและหลังได้รับการประคบต้านมด้วยกะหล่ำปลี และลูกประคบสมุนไพร โดยนำเสนอค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางดังนี้ ตารางที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไป ตารางที่ 2 คือ คะแนนความปวดตึงต้านม ตารางที่ 3 เป็นแบบบันทึกปริมาณของน้ำนม และตารางที่ 4 คือ ระดับความพึงพอใจ โดยพบว่า

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบ 20 -25 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยม
 เต็มด้วยกะหล่ำปลี และลูกประกอบ ปลาย ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมมาก
 สมนไพร มีจำนวน 60 คน มีอายุระหว่าง ที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มประกอบลูกประกอบ (n=30 คน)		กลุ่มประกอบกะหล่ำปลี (n=30 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
20-25 ปี	17	56.67	19	63.33
26-30 ปี	13	43.33	11	36.67
การศึกษา				
มัธยมศึกษา	17	56.67	15	50.00
อนุปริญญา	10	33.34	11	36.67
ปริญญาตรี	3	10.00	4	13.33
อาชีพ				
แม่บ้าน	7	23.33	9	30.00
รับจ้าง	6	20.00	7	23.33
เกษตรกรรม	17	56.67	14	46.67

ผลการประเมินอาการปวดคัดตึงเต้านม พบว่า ก่อนการประกอบทั้งสองกลุ่มวันที่ 1 มีคะแนนความปวดที่ใกล้เคียงกัน p -value=0.545 และหลังการประกอบทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความปวดที่ใกล้เคียงกัน

p -value = 0.456 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน ในทางสถิติ ส่วนในวันที่ 2, 3, 4 และ 5 พบว่า คะแนนความปวดตึงเต้านมก่อนและหลัง ประกอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังประคบเต้านม

อาการปวดตึงเต้านม	ประคบเต้านมด้วย กะหล่ำปลี (n=30)	ประคบเต้านมด้วย ลูกประคบสมุนไพร (n=30)	p-value
	X ± S.D.	X ± S.D.	
วันที่ 1			
ก่อนการประคบ	7.50 ± 1.38	7.30 ± 1.14	0.545
หลังการประคบ	6.43 ± 1.30	6.67 ± 1.09	0.456
วันที่ 2			
ก่อนการประคบ	7.13 ± 1.04	5.73 ± 1.38	0.000*
หลังการประคบ	6.17 ± 1.11	4.30 ± 1.26	0.000*
วันที่ 3			
ก่อนการประคบ	3.47 ± 0.860	3.73 ± 1.258	0.342
หลังการประคบ	2.43 ± 0.858	3.40 ± 0.968	0.000*
วันที่ 4			
ก่อนการประคบ	2.60 ± 0.814	3.90 ± 1.185	0.000*
หลังการประคบ	1.60 ± 0.894	2.67 ± 0.922	0.000*
วันที่ 5			
ก่อนการประคบ	2.23 ± 0.898	2.87 ± 1.042	0.014*
หลังการประคบ	1.10 ± 0.712	1.77 ± 0.728	0.000*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P< 0.05

การเปรียบเทียบปริมาณของน้ำนมก่อน
และหลังการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลี
และลูกประคบสมุนไพร ในแต่ละกลุ่มมีค่า

p-value ≤ 0.05 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปริมาณการไหลของน้ำนมเมื่อประคบเต้านมด้วยด้วยกะหล่ำปลีและลูกประคบสมุนไพร

ปริมาณน้ำนม	ประคบเต้านมด้วย กะหล่ำปลี (n=30)	ประคบเต้านมด้วย ลูกประคบสมุนไพร (n=30)	p-value
	X ± S.D.(mm.)	X ± S.D. (mm.)	
วันที่ 1			
ก่อนการประคบ	2.10 ± 0.80	2.80 ± 0.61	0.000*
หลังการประคบ	2.87 ± 0.51	3.20 ± 0.41	0.007*
วันที่ 2			
ก่อนการประคบ	8.78 ± 0.51	8.27 ± 0.64	0.001*
หลังการประคบ	15.07 ± 0.58	14.35 ± 0.62	0.000*
วันที่ 3			
ก่อนการประคบ	25.83 ± 0.55	24.67 ± 0.56	0.000*
หลังการประคบ	46.17 ± 0.32	45.03 ± 0.32	0.000*
วันที่ 4			
ก่อนการประคบ	66.57 ± 0.45	65.65 ± 0.46	0.000*
หลังการประคบ	97.37 ± 0.76	97.65 ± 0.91	0.197
วันที่ 5			
ก่อนการประคบ	97.63 ± 0.59	98.50 ± 0.57	0.000*
หลังการประคบ	108.53 ± 0.69	109.53 ± 0.57	0.000*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P< 0.05

ความพึงพอใจของหญิงหลังคลอดพบว่า การประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.1 คะแนน จัดอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ส่วนการประคบ

เต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 3.7 คะแนน อยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจในการประคบเต้านม

หัวข้อที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ	
	ประคบ กะหล่ำปลี	ประคบลูก ประคบสมุนไพร
1. การลดอาการปวดคัดตึงเต้านม	4	4
2. วิธีการประคบลดอาการปวดคัดตึงเต้านม	4	3.5
3. การให้บริการประคบเต้านม	4	4
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการประคบ	3	3
5. ความสะดวกในวิธีการที่ใช้ประคบ	5	4
6. การนำวิธีการประคบไปใช้และสามารถแนะนำคนอื่นได้	5	4.5
7. ผลที่ได้จากการให้บริการประคบเต้านม	4	3.5
รวม	4.1	3.7

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษาพบว่า การประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีและลูกประคบสมุนไพรช่วยลดอาการปวดตึงเต้านมได้ทั้งสองกลุ่ม แต่แนวโน้มการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีลดอาการปวดตึงเต้านมได้ดีกว่าลูกประคบสมุนไพร เนื่องจาก กะหล่ำปลีมีสารไฟโตเอสโตรเจน ช่วยลดอาการบวมของเนื้อเยื่อและความเย็นทำให้เลือดเกิดการหดตัว ลดการไหลเวียนของเลือดไปบริเวณที่มีการบวม ส่งผลให้อาการบวมลดลง¹³ งานวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีควบคุมประตูลมในทาง การแพทย์แผนไทย โดยพบว่าเมื่อประคบเย็นหรือ ประคบ ร้อน จะทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนังและไปกระตุ้นปลายประสาทที่อิสระบริเวณใยประสาทส่วน

ปลายของกลุ่มเส้นใยประสาท c-fiber จึงส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดลดลง¹⁴

ด้านปริมาณของนํ้านม พบว่าการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรปริมาณการไหลของนํ้านมมากกว่าการประคบด้วยกะหล่ำปลี ซึ่งวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรช่วยลดอาการปวดตึงเต้านมได้ดีและช่วยทำให้มีการไหลของนํ้านมดีขึ้น เนื่องจากการประคบนาน 20 นาที ในอุณหภูมิที่เหมาะสมกับผิวหนัง มีผลทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ประคบมีอุณหภูมิเพิ่มสูงขึ้นระหว่าง 38-40 °C ซึ่งเป็นระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือด

คลายตัว หลอดเลือดจึงขยายตัว ทั้งความร้อนช่วยให้ความหนืดของเลือดลดลง ทำให้ลดความเจ็บปวดหรือความรู้สึกคัดตึงลงได้อีกทั้งยังส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปที่เต้านม และเซลล์ผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความร้อนยังช่วยเพิ่มการซึมผ่านของฮอร์โมนโปรแลคตินไปสู่เซลล์ผลิตน้ำนมจึงช่วยกระตุ้นการทำงานของยีนส์ในกระบวนการสร้างน้ำนมระยะ 4 วันแรกหลังคลอด¹⁴ ทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความร้อนจากลูกประคบสมุนไพรมีผลลดอาการคัดตึงเต้านม และมีแนวโน้มช่วยให้การหลั่งน้ำนมมาได้เร็วขึ้น เนื่องจากในลูกประคบสมุนไพรมีส่วนประกอบของสมุนไพรหลายชนิดที่มีฤทธิ์ทางยา เมื่อนำมาหนึ่งให้ร้อน น้ำมันหอมระเหยและสารสำคัญที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาจากสมุนไพรจะถูกความร้อนดึงดูออกมา เมื่อสัมผัสผิวหนังจะซึมผ่านทางผิวหนังช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบ รวมทั้งกลิ่นหอมของสมุนไพรยังช่วยทำให้มารดาารู้สึกผ่อนคลายจึงเป็นการกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินส่งผลทำให้ให้น้ำนมไหลได้ดีและเร็วขึ้น¹⁵ ทั้งยังสอดคล้องกับวิจัยผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมด้วยการใช้ลูกประคบสมุนไพรภายในหลังคลอด 24 ชั่วโมง ต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า มารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้มีการหลั่ง

น้ำนมใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวนมากกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และมีระยะเวลาเฉลี่ยการหลั่งน้ำนมเร็วกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁶

ด้านความพึงพอใจ ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจวิธีการประคบและสามารถแนะนำคนอื่นที่มีปัญหาอาการปวดตึงเต้านมมากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ใช้ในการประคบน้อยที่สุด เนื่องจากการประคบแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 20 นาที และพักทุก ๆ 5 นาที เป็นเวลา 1-2 นาที ในส่วนของการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีมีความพึงพอใจระดับมาก ส่วนการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพรมีความพึงพอใจระดับปานกลาง สาเหตุพบว่ากลุ่มที่ได้ประคบลูกประคบสมุนไพรจะมีกลิ่นของสมุนไพรติดบริเวณเต้านม เมื่อทารกมาดูดนมจะมีลักษณะการไม่ยอมจะดูดน้ำนมจากเต้านม เมื่อเทียบกับการที่ใช้กะหล่ำปลีประคบจะพบว่าเด็กทารกที่ดูดนมไม่มีการแสดงอาการใด ๆ

การวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบทั้งสองกลุ่มไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ในขณะที่ทำการทดลองและหลังการทดลอง

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษาการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลี และลูกประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดตึงเต้านมในหญิงหลังคลอดครรภ์

แรกมีประโยชน์สำหรับหญิงหลังคลอดที่มีอาการปวดตึงเต้านม โดยสามารถเลือกการประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่สะดวกต่อการใช้งาน จัดหาได้ง่าย ราคาถูก และใช้งานง่ายสามารถทำได้เอง ส่วนการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร สามารถลดปวดตึงเต้านมได้ แต่ไม่สะดวกต้องใช้คนช่วยประคบ นอกจากนี้การประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลี และลูกประคบสมุนไพรยังมีแนวโน้มช่วยให้การหลั่งน้ำนมมาได้เร็วขึ้น แต่มีความบกพร่องในเรื่องของขั้นตอนกระบวนการทำลูกประคบสดที่ยุ่งยาก และกลิ่นสมุนไพรที่ติดบริเวณเต้านม ดังนั้นอาจจะแก้ไขกลิ่นหลังการประคบโดยการล้างเต้านมให้สะอาดแล้วเช็ดให้แห้งก่อนให้ทารกดูดนม ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการใช้ดูแลหญิงหลังคลอดที่มีปัญหาความเจ็บปวดเต้านม และกระตุ้นน้ำนมไหลโดยไม่ใช้ยา รวมทั้งเป็นผลดีในด้านเศรษฐกิจพอเพียงพึ่งพาตัวเองตามนโยบายของประเทศ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Mareeya M, Sasikarn K, Warankana C. The effect of milk ejection performance of postpartum mothers after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compression. *J Nursing and Education* 2010; 3(3) : 75-91.

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรมีการศึกษาวิจัยในการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการประคบด้วยกะหล่ำปลี และลูกประคบสมุนไพรในผู้คลอดครรภ์หลังที่มีอาการปวดตึงเต้านมหรือน้ำนมไม่ไหล หรือผู้คลอดที่ผ่าตัดคลอด ร่วมกับการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดโดยไม่ใช้ยาในวิธีอื่น ๆ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากงานวิจัยนี้จะพบว่า การนำกะหล่ำปลีสอดและการนำลูกประคบสมุนไพรที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรหลายอย่างมาใช้ประคบเต้านมให้หญิงหลังคลอดมีผลเด่นในด้านการลดอาการปวดตึงเต้านม แต่การเพิ่มปริมาณการไหลของน้ำนมจะพบว่าควรมีการใช้สมุนไพรควบคู่กับการใช้ความร้อนตามหลักทฤษฎีจึงจะเห็นผลชัดเจนด้านรูปธรรมต่อไป

2. Aromjit D, Sauwanan B. Maternal Readiness perceptions that influence 6 month breastfeeding practice in postpartum woman at Donyanang Health Promotion Hospital, Mueang District, Nong Bua Lam Phu Province. *Community Health Development*

- Quarterly Khon Kaen University 2015; 3(3-4): 515-27. [in Thai].
3. Page T, Lockwood C, Guest K. Management of nipple pain and/or trauma associated with breast-feeding. *J Biomed Inform* 2003; 1: 127-47.
 4. Wu X, Yu Y, Ying L, Tan W. Hot Compress with Chinese Herbal Salt Packets Reducing PICC Catheter Complications: A Randomized Controlled Trial Chin. *J Integr Med* 2018; 24: 809-14.
 5. Nittaya P, Pranee T, Supanee U. The Effect of Warm Moist Polymer Gel Pack Compression on the Onset of Milk Production in Primiparous Mothers. *J Phrapokklao Nursing College* 2016; 27(1): 28-38.
 6. Pramint A. Comparison between Breast Massage Alone and Breast Massage Combined with a Warm Compress in Increasing Milk Production in Post-partum Mothers. *J Health Systems Research* 2007; 1(Supplement 2): 430-38.
 7. Trainapakul C, Chaiyawattana M, Kanaviton W, Tiumtaogerd R, Naka S, Mitrniyodom W, Panlap S. Effect of milk ejection performance of postpartum mothers after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compress. *J Nursing and Education* 2010; 3(3): 75-91.
 8. Lehman JF, De Lateur BJ. *Therapeutic heat. Therapeutic Heat & Cold.* 4th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1990. p. 417-581
 9. Arora S, Vatsa M, Dadhwal V. A comparison of cabbage leaves vs. hot and cold compresses in the treatment of breast engorgement. *Indian J Community Med* 2008; 33: 160-2.
 10. Office of Information and knowledge Bank, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Ministry of Public Health. *Thai traditional and alternative health profile: Thai traditional medicine, indigenous medicine and alternative medicine 2014-2016.* Nonthaburi: Bright to you; 2017.
 11. Ministry of Public Health. *Relief Medical Textbook: Medical Wisdom and National Literary Heritage.* Nonthaburi: Ministry of Public Health; 1999. [in Thai].

12. Hjerstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41(6): 1073-93.
13. Lawrence R A, Lawrence RM. **Breastfeeding: A guide for the medical profession.** 7thed. St. Louis: Mosby; 2011.
14. Raveewan N. **Enhancement project Breast milk flow.** The 1st National Breastfeeding Conference Brain Capital Breastfeeding 14-16 December 2005: Bangkok. Development Family Research Center 2005; 210-14. [in Thai].
15. Ammarin C. The Effects of Breast Massage and Hot Compress on Stimulating of Milk Flow in Postpartum Mothers at Phusing Hospital, Srisaket Province. *J Traditional Thai Medical Research* 2018; 4(1): 41-52.
16. Plengchawee S, Sasithorn P. Comparison of the use herbal compress with warm cloth to stimulate lactation on postpartum mother Sakon Nakhon Hospital. *J Sakon Nakhon Hospital* 2012; 15(3): 1-11. [in Thai].

ความรุนแรงในครอบครัวในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ณัฐกฤตา ทุมวงศ์*

บทคัดย่อ

การใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการสุขภาพ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรุนแรงในครอบครัว ในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใน 3 จังหวัด (หนองบัวลำภู, ศรีสะเกษ, ร้อยเอ็ด) สุ่มตัวอย่าง แบบกลุ่มได้ 1,219 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ, ไคสแควร์, อัตราส่วนอัตรา, ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

กลุ่มตัวอย่าง 1,219 คน พบความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 28.10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในครอบครัว ได้แก่ ความถี่ในการใช้เมทแอมเฟตามีน, ปริมาณการใช้เมทแอมเฟตามีน, รายได้และสถานภาพสมรส มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มมีรายได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มไม่มีรายได้ ร้อยละ 37 (OR 0.637, 95% CI 0.478-0.849) กลุ่มโสดมีโอกาสเกิดความรุนแรงมากกว่า กลุ่มมีคู่ ร้อยละ 14 (OR 1.480, 95% CI 1.099-1.994)

ความรุนแรงในครอบครัวเป็นผลกระทบสำคัญจากการใช้เมทแอมเฟตามีน ในกระบวนการบำบัดควรคำนึงถึงและมีการจัดการเพื่อลดความรุนแรงในครอบครัว

คำสำคัญ: เมทแอมเฟตามีน, ประเทศไทย, ความรุนแรงในครอบครัว

*สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

Corresponding Author: Natkritta Thumwong, Email: wwanjai@hotmail.com

Received 10/04/2020

Revised 15/05/2020

Accepted 12/06/2020

DOMESTIC VIOLENT AMONG METHAMPHETAMINE USERS IN NORTHEAST THAILAND

*Natkritta Thumwong**

ABSTRACT

The use of methamphetamine is an important problem of health service system. The study aimed to explain factor associated with domestic violence among methamphetamine users Northeastern Thailand.

This survey studied in 3 provinces (Nong Bua Lamphu, Si Sa Ket, Roi Et). The cluster sampling was to 1,219 participants. Data collection were interviewed. The data analyzed percentage, chi-square, and Odd ratio with 95% confidence interval (95% CI).

Total 1, 219 methamphetamine users, the study found that 28.10% of respondents had experienced violence behavior. The factors associated with violence behaviors such as frequency of methamphetamine use, volume of methamphetamine use, employment status and marital status. The employment had domestic violence 37% (OR 0.637, 95% CI 0.478-0.849), single status had domestic violence 14 % (OR 1.480, 95% CI 1.099-1.994).

Domestic violence is a major impact on the use of methamphetamine. In the treatment process should be given to consideration and management.

Keywords: methamphetamine, Thailand, Domestic violence

*Kalasin Provincial Public Health Office

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในปี พ.ศ. 2430 นักเคมีชาวโรมาเนีย Lazar Edeleanu ได้ สังเคราะห์ Phenylisopropylamine ขึ้นเป็นครั้งแรก¹ ต่อมาในปี พ.ศ. 2436 Nagayoshi Nagai ได้ สังเคราะห์ เมทแอมเฟตามีนจาก อีพรีดีน และต่อมาในปี พ.ศ. 2462 Akira Ogata ได้ สังเคราะห์ methamphetamine HCL โดยในยุคเริ่มต้น เมทแอมเฟตามีนมีการสังเคราะห์ โดยเป้าหมายเพื่อรักษาโรคในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ² และมีการพัฒนาอย่างกว้างขวางทั้งในยุโรปและอเมริกา^{3,4} ในปี พ.ศ. 2473 เริ่มมีหลักฐานเชื่อมโยงในการใช้ เมทแอมเฟตามีนเพื่อความเพลิดเพลินของทหารที่อยู่ในเรือนจำ^{4,5} จากนั้นในหลายประเทศจึงกำหนดให้เมทแอมเฟตามีนเป็น สารเคมีที่ควบคุม และยกระดับเป็นยาเสพติดให้โทษในเวลาต่อมา

เมทแอมเฟตามีนมีผู้ใช้ทั่วโลก กว่า 29 ล้านคน โดยเมทแอมเฟตามีนที่เป็นที่นิยมใช้ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คือ ชนิดเม็ด และชนิดผลึก⁶ ในประเทศไทยมีผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนกว่า 200,000 คน⁷ โดยมีการใช้มากที่สุดคือชนิดเม็ด เรียก “ยาบ้า” ซึ่งในหนึ่งเม็ดประกอบด้วยสารเคมีต่าง ๆ ที่ผสมรวมกัน ขึ้นอยู่กับผู้ผลิต โดยประมาณเมทแอมเฟตามีนในหนึ่งเม็ด คือ 15-25 มิลลิกรัม⁸

การใช้เมทแอมเฟตามีนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุ และสังคม⁹

ผลกระทบที่รุนแรงอย่างหนึ่ง คือ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน¹⁰ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว ทั้งนี้จากการสำรวจทั่วประเทศหญิงไทยประมาณร้อยละ 15 ถูกคู่สมรสทำร้าย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและทางเพศ¹¹ โดยการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้ระบุสาเหตุจากการใช้สารเสพติด การอธิบายถึงพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนและความรุนแรงในครอบครัวจะช่วยให้สามารถออกแบบการบำบัดผู้ช้ยาเสพติดได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 20 จังหวัด ประชากรทั้งสิ้นประมาณ 21 ล้านคน¹² มีผู้ใช้ยาเสพติดจำนวน 7,332 คน⁷ เมื่อแบ่งขนาดจังหวัดตามจำนวนประชากร เป็น 3 กลุ่ม คือ ขนาดใหญ่ (มีประชากรมากกว่า 1.5 ล้านคน) ขนาดกลาง (มีประชากร 1-1.5 ล้าน) และขนาดเล็ก (ประชากรน้อยกว่า 1 ล้าน) สุ่มจังหวัดอย่างง่าย ได้ตัวแทน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู (ขนาดเล็ก) จังหวัดร้อยเอ็ด (ขนาดกลาง), และ จังหวัดศรีสะเกษ (ขนาดใหญ่)

กลุ่มตัวอย่างใช้แบบกลุ่ม (Cluster sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม Winpepi (to estimate a rate (Cluster sample) Confidence level = 95 %, Acceptable difference = 1 per 100, Assumed rate 1: 100, Design effect = 3, No. of Clusters = 3) ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด จำนวน 1,140 (381 : clusters) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองและการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยพยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพด้านยาเสพติดในผู้ใช้ยาเสพติดที่สมัครใจ และผ่านเกณฑ์ประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ระดับคะแนนที่ 2-26 คะแนน สามารถสื่อสารได้ ไม่มีอาการทางจิต และไม่ป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2561 – วันที่ 31 กรกฎาคม 2561 โดยใช้ความยินยอมทางวาจา เพื่อป้องกันการอ้างถึงถึงบุคคล และดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศ

เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GPC) ภายใต้การรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 611045

นำเข้าสู่ข้อมูล ด้วยวิธี Data double entry วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่, ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square, Odd ratio และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 1,219 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 1,204 คน (ร้อยละ 98.80) สถานภาพสมรส โสด 894 คน (ร้อยละ 73.30) การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา 792 คน (ร้อยละ 65.00) เป็นผู้มีรายได้ 836 คน (ร้อยละ 68.60) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มวัยรุ่น (24 ปี) และวัยผู้ใหญ่ (25 ปี) ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ

ตัวแปร	n(%)			χ ²	P
	ทั้งหมด	≤ 24 ปี	25 ปีขึ้นไป		
เพศ					
ชาย	1,204(98.80)	787(99.10)	417(98.10)	2.281	0.131
หญิง	15(1.20)	7(0.90)	8(1.90)		
สถานภาพสมรส					
โสด	894(73.30)	670(84.40)	224(52.70)	142.063	< 0.001
คู่	325(26.70)	201(47.30)	124(15.60)		
การศึกษา					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	427(35.00)	283(35.60)	144(33.90)	0.377	0.539
สูงกว่าประถมศึกษา	792(65.00)	511(64.40)	281(66.10)		
อาชีพ					
ไม่มีรายได้	383(31.40)	300(37.80)	83(19.50)	42.808	< 0.001
มีรายได้	836(68.60)	494(62.20)	342(80.50)		

พฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ ใช้มากกว่า 1 ปี 674 คน (ร้อยละ 55.30) ใช้ครั้งสุดท้าย คือ ไม่เกิน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 662 คน (ร้อยละ 57.30) ในหนึ่งวันใช้ครั้งเดียว 706 คน (ร้อยละ 57.90) ปริมาณการใช้ต่อสัปดาห์ <125 mg 708 คน (58.10)

และไม่ใช้ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น 1,174 คน (ร้อยละ 96.30) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มวัยรุ่น (24 ปี) และวัยผู้ใหญ่ (≥25 ปี) ด้วย สถิติไคสแควร์ พบว่าระยะเวลาการใช้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ

ตัวแปร	n (%)			χ ²	P
	ทั้งหมด	≤24 ปี	25 ปีขึ้นไป		
ระยะเวลาในการใช้					
≤ 1ปี	545(44.70)	442(55.70)	103(24.20)	110.639	< 0.001
> 1 ปี	674(55.30)	352(44.30)	322(75.80)		
การใช้ยาครั้งสุดท้าย					
1 สัปดาห์	662(57.30)	429(57.30)	233(57.20)	0.000	0.993
> 1 สัปดาห์	494(42.70)	320(42.70)	174(42.80)		
ความถี่ในการใช้ ใน 1 วัน					
ครั้งเดียว	706(57.90)	445(56.00)	261(61.40)	3.271	0.071
มากกว่า 1 ครั้ง	513(42.10)	349(44.00)	164(38.60)		
ปริมาณการใช้*/สัปดาห์					
< 125 มิลลิกรัม	708 (58.10)	447(56.30)	261(61.40)	2.974	0.085
> 125 มิลลิกรัม	511(41.90)	347(43.70)	164(38.6)		
การใช้ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น					
ใช่	45(3.70)	35(4.40)	10(2.40)	3.289	0.070
ไม่ใช่	1,174(96.30)	759(95.60)	415(97.60)		

* ยาบ้า 1 เม็ด = 25 มิลลิกรัม

พฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว พบว่า มีการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว จำนวน 318 คน (ร้อยละ 26.50) โดยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 ทั้งนี้ พบว่า มีการทำลายทรัพย์สิน 57 คน (ร้อยละ 4.80) ทำร้ายร่างกายโดยกำลังกาย จำนวน 30 คน (ร้อยละ

2.50) ทำร้ายร่างกายโดยใช้อาวุธ จำนวน 36 คน (ร้อยละ 3.00) อีกทั้งยังมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนโดยที่คู่นอนไม่ยินยอม จำนวน 68 คน (ร้อยละ 5.50) โดยในภาพรวมพฤติกรรมรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งหมด 342 คน (ร้อยละ 28.10) โดยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัวเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ

ตัวแปร	n(%)			χ^2	P
	ทั้งหมด (n= 1198)	≤ 24 ปี (n= 782)	25 ปีขึ้นไป (n= 416)		
พฤติกรรมรุนแรง อย่างใดอย่างหนึ่ง	342(28.10)	203(25.60)	139(32.80)	7.057	0.008**
ทะเลาะ เบาะแว้ง	318(26.50)	190(24.30)	128(30.80)	5.834	0.016*
ทำลายทรัพย์สิน	57 (4.80)	33(4.20)	24(5.80)	1.438	0.230
ทำร้ายร่างกาย โดยใช้กำลังกาย	30(2.50)	15(1.90)	15(1.90)	3.168	0.075
ทำร้ายร่างกายโดยใช้อาวุธ	36(3.00)	20(2.60)	16(3.80)	1.547	0.214
มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ จากคุณอน	68(5.50)	39(4.90)	29(6.70)	1.801	0.180

เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะและพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนต่อพฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ความถี่ในการใช้ในวัน และปริมาณการใช้ในหนึ่งสัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.001 กลุ่มอายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.01 ทั้งนี้ที่ระดับนัยสำคัญ P-value < 0.01 กลุ่มที่มีงานทำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในครอบครัวน้อยกว่า กลุ่มว่างงาน ร้อยละ 37 (COR = 0.637, 95% CI = 0.478-0.849) และสถานภาพสมรสโสด มีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว มากกว่ากลุ่มที่มีคู่ ร้อยละ 14 (COR = 1.480, 95% CI 1.099-1.994)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์คุณลักษณะทั่วไป พฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน และพฤติกรรมรุนแรง

ตัวแปร	พฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว n (%)			χ ² P-value	COR (95% CI)
	ทั้งหมด	ไม่มี	มี		
เพศ					
ชาย	1175(98.70)	843(98.70)	332(98.80)	0.018	0.714
หญิง	15(1.30)	11(73.30)	4(1.20)	0.892	(0.225-2.261)
อายุ					
≤ 24 ปี	779(65.50)	578(67.70)	201(59.80)	6.589	1.316
25 ปีขึ้นไป	411(34.50)	276(32.30)	135(40.20)	0.010**	(0.990-1.747)
สถานภาพสมรส					
โสด	873(73.40)	645(75.50)	228(67.90)	7.258	1.480**
คู่	317(26.60)	209(24.50)	108(32.10)	0.007**	(1.099-1.994)
การศึกษา					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	418(35.10)	314(36.80)	104(31.00)	3.579	1.283
สูงกว่าประถมศึกษา	772(64.90)	540(63.20)	232(69.00)	0.059	(0.953-1.726)
อาชีพ					
ว่างงาน	821(69.00)	611(71.50)	210(62.50)	9.223	0.637**
มีงานทำ	369(31.00)	243(28.50)	126(37.50)	0.002**	(0.478-0.849)
ความถี่ในการใช้ ใน 1 วัน					
ครั้งเดียว	689(57.90)	524(61.40)	165(49.10)	14.847	1.307
มากกว่า 1 ครั้ง	501(42.10)	330(38.60)	171(50.90)	< 0.001***	(0.990-1.725)
ปริมาณการใช้*/สัปดาห์					
< 125 มิลลิกรัม	692(58.20)	533(62.40)	159(47.30)	22.565	1.236
> 125 มิลลิกรัม	498(41.80)	321(37.60)	177(52.70)	< 0.001***	(0.936-1.632)
การใช้ร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น					
ใช่	44(3.70)	33(3.90)	11(3.30)	0.236	1.100
ไม่ใช่	1146(96.30)	821(96.10)	325(96.70)	0.627	(0.537-2.252)

วิจารณ์ (Discussions)

การใช้เมทแอมเฟตามีนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบมากในเพศชาย และเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 24 ปี ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การใช้เมทแอมเฟตามีนในระดับนานาชาติ จากรายงานล่าสุดของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ¹³ และรายงานการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่ามีการใช้เมทแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น^{14,15}

ความรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่งในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 28.10 ซึ่งสูงกว่า ในการสำรวจความรุนแรงในเพศหญิงทั่วไปของประเทศไทยซึ่งพบเพียงร้อยละ 15 มีประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง¹¹ จนใกล้เคียงกับการกระทำรุนแรงในเพศหญิงมุสลิม¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตที่พบว่าในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมักมีความรุนแรงในครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่มีอาการทางจิตและไม่ใช้เมทแอมเฟตามีน¹⁷ ทั้งนี้ความรุนแรงในครอบครัว ยังสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ซึ่งในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ในกลุ่มที่โสดมีพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่มีคู่สมรส เมื่อสัมภาษณ์พบว่า เป็นการทะเลาะเบาะแว้งกับบิดา มารดา หรือญาติ ผู้ใกล้ชิด ในกลุ่มวัยรุ่น อีกทั้งกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรงมักเป็นกลุ่มที่ไม่มีรายได้

พฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดจากการใช้เมทแอมเฟตามีน พบมากที่สุดคือ การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การทำลายทรัพย์สิน การทำร้ายร่างกาย และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้รับความยินยอมจากคู่นอน ซึ่งจากการออกฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีน ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ใช้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีความหุนหันพลันแล่น และความต้องการทางเพศที่ผิดปกติไป¹⁸

ความถี่ในการใช้ในวัน และปริมาณการใช้/สัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้เมทแอมเฟตามีนในปริมาณมาก และใช้หลายครั้ง/วันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงยิ่งขึ้น และมีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น¹⁹⁻²¹

ข้อยุติ (Conclusions)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในครอบครัว พบว่า การว่างงานหรือการไม่มีรายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งกลุ่มว่างงานมีโอกาสเกิดความรุนแรงมากกว่าถึงร้อยละ 37 และยังพบว่า ความรุนแรงมักเกิดขึ้นกับกลุ่มคนที่มีสถานภาพสมรส โสด ซึ่งเกิดกับ ผู้ปกครอง บิดา มารดา หรือญาติ ใกล้ชิดโดยมีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว มากกว่า ร้อยละ 14 ทั้งนี้ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมีประสบการณ์ในการมี

พฤติกรรมรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่งสูงถึงร้อยละ 28.10

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ในกระบวนการบำบัดผู้ป่วยในกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ควรมีการเพิ่มเติม ในเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และลดพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ที่ว่างงาน หรือไม่มีรายได้

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนจำนวนมาก ในการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ของภาครัฐควรมีข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Edeleano L. On a few derivatives of the phenylmeth- acrylic acid and of the phenyliso- butyric acid. *Berichte der Deutschen Chemischen Gesellschaft* 1887; 20: 616-622.
2. Piness G, Miller H, Alles G. Clinical observations on phenylethanolamine sulfate. *Journal of American Medical Association* 1930; 94:790-791
3. Rasmussen N. *On speed: The many live of amphetamine*. New york: New York University Press; 2008.
4. Rasmussen N. America' s first

ที่ชัดเจนในด้านพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน และพฤติกรรมความรุนแรงเพื่อการบำบัดในรูปแบบที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำจังหวัดร้อยเอ็ด, หนองบัวลำภู และศรีสะเกษ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการประสานงานการเก็บข้อมูลตลอดการวิจัย

- amphetamine epidemic, 1929- 1971: A quantitative and qualitative retrospective. *American Journal of Public Health* 2008; 98: 974-985.
5. Monroe R, Drell H. Oral use stimulants obtained from inhalers. *Journal of the American Medical Association* 1947; 135: 909-915.
6. United Nation Office on drug and Crime: UNODC. *The Challenge of Synthetic Drugs in East and South-East Asia : Trends and Patterns of Amphetamine- type Stimulants and*

- New Psychoactive Substances. Global SMART Programme [online] 2017 [cited 2020 March 16]. Available from: https://www.unodc.org/documents/scientific/Trends_and_Patterns_of_AT_S_and_NPS_2017.pdf
7. Narcotics Control Management Center, Ministry of public health. **Report of drug users** [online] 2016 [cited 17 March 2020]. Available from <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/> [in Thai].
 8. Kanato M, Leyatikul P, Choomwattana C. Sarasiri R. **ASEAN drug monitoring report 2017**. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2018.
 9. National Drug Strategy. **Effect of Amphetamine-type stimulants** [online] 2015 [cited 17 March 2020]. Available from <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/98CFCAEC1A10BE00CA2574>
 10. Foulds JA, Boden JM, Mcketin R, Newton-Howes G. Methamphetamine use and violence: Findings from a longitudinal birth cohort. **Drug and Alcohol dependence** 2020; 207: 1- 7.
 11. Chuemchit M, Chernkwanma S, Rugkua R, Daengthern L, Abdullakasim P, Wieringa SE. Prevalence of Intimate Partner Violence in Thailand. **Journal of Family Violence** 2018; 33(5): 315–323
 12. National statistical office. **Indicators of population** [online] 2014 [cited 17 March 2020]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/> [in Thai].
 13. United Nation Office on drug and Crime. **Word drug report 2019** [online] 2019 [cited 17 March 2020]. Available from: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
 14. Kanato M, Aramratana A, Asnangkornchai S, Pungpan A, Jaranrat S, Kanika N, et al. **National Fousehold survey report for drug users Thailand 2017**. Bangkok: Jaransanitwong kanpim, 2017. [in Thai].
 15. Ritmontee S, Kanato M. Illicit drug behavior among adolescents and health effect. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2014; 2(2): 57-67.
 16. Wali R, Khalil A, Alattas R, Foudah R, Meftah I, Sarhan S. Prevalence and risk factors of domestic violence in women attending the National grand primary health care centers in the

- western region, Saudi Arabia 2018. **BMC public health** 2020; 20(239): 1-9.
17. Najafi K, Ahmadi R, Yousefnezhad A, Hamidi A, Ellahi M, Amiri A, et al. Domestic violence in methamphetamine psychotic user, psychritic inpatients, and health people: A comparative study. **Iran journal medicine science** 2016; 14(6): 486-493.
18. Courtney KE, Ray LA. Methamphetamine: An update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. **Drug and alcohol dependence** 2014; 143: 11-21.
19. Carney T, Myers B, Kline TL, Johnson K, Wechsberg WM. Aggressive behavior among drug using women from Cape Town, South Africa: ethnicity, heavy alcohol use, methamphetamine and intimate partner violence. **BMC Women Health Science** 2017; 17: 93-100.
20. Wicomb R, Jacobs L, Ebrahim N, Rensburg M, Macharia M. Illicit drug use and violence in acute psychosis among acute adult admissions at a South African psychiatric hospital. **African Health science** 2018; 18: 132-136.
21. London ED, Kohno M, Morales AM, Ballard M. Chronic Methamphetamine abuse and corticostriatal deficits revealed by neuroimaging. **Brain Research** 2015; 1628: 174-185.

ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางคลินิกของการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ทีนัสชา เจริญหอม*, ผ่องใส เวียงนนท์*, เรณู ตะไชยา*,
เอกลักษณ์ ลักขณาลิขิตกุล**, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางคลินิกของการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2556 - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยเก็บข้อมูลพื้นฐาน, การล้างไตทางช่องท้อง, การติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก, การบริหารยาปฏิชีวนะ จากเวชระเบียนและแฟ้มประจำตัวผู้ป่วยและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล และการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก จากข้อมูลผู้ป่วยในการศึกษา จำนวน 265 ราย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มติดเชื้อกับกลุ่มไม่ติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก มีปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ เพศ และการศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านการล้างไต พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่สายล้างไต โดยศัลยแพทย์ในห้องผ่าตัด, ผู้ดูแลผู้ป่วยที่จบต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ในช่องท้องจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก เพิ่มขึ้น 1.88 เท่า, 2.96 เท่า และ 1.75 เท่า ตามลำดับ และผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกที่มีการติดเชื้อที่อุโมงค์สายและติดเชื้อแผลเรื้อรังและแผลติดเชื้อช่องทางสายออกที่เกิดจากเชื้อ Pseudomonas และเชื้อรา มีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องเอาสายล้างไตออกเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การล้างไตทางช่องท้อง, การติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก, ปัจจัยเสี่ยงเพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

*โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: Theenatchar Chunghom Email: teench@kku.ac.th

Received 08/06/2020

Revised 07/07/2020

Accepted 04/08/2020

THE RISK FACTORS AND CLINICAL OUTCOME OF PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS WITH EXIT SITE INFECTION

Theenatchar Chunghom, Pongsai Wiangnon*, Renoo Tachaiya*,
Eakalak Lukkanalikitkul**, Sirirat Anutrakulchai***

ABSTRACT

This research objective was to study the risk factors and clinical outcomes of exit site infection (ESI) in peritoneal dialysis (PD) patients in Srinagarind Hospital. The retrospective study was conducted in PD clinic at Srinagarind Hospital between January 2013 to May 2020. The Data of baseline characteristic, PD prescription, rate of ESI, antibiotic administration, technique and patient's survival were collected from medical record and hospital database system. The risk factors of ESI were evaluated by logistic regression analysis. From data of 265 PD patients in this study, there was no different in baseline characteristic (sex, age and educational status) between patients with and without ESI. When analyzed in PD related factor found that patients who implant catheter by surgeon in operative room, PD care giver's education under elementary degree and patients with history of PD related peritonitis will increase risk for ESI 1.88, 2.96 and 1.75 times respectively. There was significantly increased risk for catheter removal from non-reposed to treatment in patients with chronic ESI and tunnel infection and ESI caused by pseudomonas and fungus

Keyword: Peritoneal dialysis, Exit site infection, Risk factors

*Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

**Department of Internal Medicine, Khon Kaen University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกในปี ค.ศ. 2014 พบอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 13.4 และเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ร้อยละ 0.1¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.5 โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ร้อยละ 0.3² การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกที่ดีวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากข้อมูลThailand Renal Replacement Therapy ปี ค.ศ. 2015 พบว่า มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ทั่วประเทศ 24,244 ราย โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ถึง 9,253 เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้อง เป็นวิธีการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับการสอนการล้างไตลดการดูแลตนเองจากพยาบาลไตเทียมจึงจะสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ พบว่าการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยพบได้ถึงร้อยละ 60.2-71.9³ และยังเป็นสาเหตุให้สูญเสียสายล้างไตถึงร้อยละ 30⁴ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ส่วนหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ไม่สามารถทำ PD ต่อได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ โดยมีรายงานพบถึงร้อยละ 36.9-51.7^{5,6} และพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอัตราการ

เสียชีวิตสูงขึ้นเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Fontan M. และคณะที่พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อช่องท้องถึงร้อยละ 5.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.5 ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อราในช่องท้อง⁷ โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องแบ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ เช่น อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และปัจจัยที่แก้ไขได้ เช่น สภาพเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม, ภาวะทุพโภชนาการ, ภาวะอ้วน, ภาวะโลหิตจาง, ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ, การใช้ยากดภูมิคุ้มกันหรือวิตามินดีทดแทน, รวมถึงการฝึกสอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต และวิธีการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต เป็นต้น^{8,9} จากคำแนะนำของ International society for peritoneal dialysis กำหนดอัตราการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก ไม่ควรเกิน 0.24 ครั้งต่อปี (50 เดือนต่อการติดเชื้อ 1 ครั้งของผู้ป่วย)¹⁰ โดยข้อมูลจากหน่วยไตและไตเทียมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2561 พบว่าการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก 0.30 ครั้งต่อปี หรือ 29.54 เดือนต่อการติดเชื้อ 1 ครั้งของผู้ป่วย และพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกจนต้องเอาสายล้างไตออกจำนวน 15 ราย (ข้อมูลปี พ.ศ. 2556-2563) จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางคลินิกของการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเอาสายล้างไตออกจากการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกที่ไม่ตอบสนองต่อ

การรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางคลินิกของการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเอาสายล้างไตออกจากการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ที่ติดตามการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยทำการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียน, ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและจากแฟ้มประจำตัวผู้ป่วยล้างไตทางช่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 265 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี และมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอที่หน่วยไตและไตเทียม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และเกณฑ์การคัดออก

(Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยหยุดล้างไตทางช่องท้องเนื่องจากปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตภายใน 12 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ใช้แบบคัดลอกข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: Demographics ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2: Baseline characteristics ประกอบด้วย โรคที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 3: Peritoneal dialysis data ประกอบด้วย วันที่ใส่สายล้างไต การได้รับยาปฏิชีวนะก่อนใส่สาย จำนวนครั้งของการติดเชื้อในช่องท้อง จำนวนครั้งของการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก จำนวนครั้งการเอาสายออก ผู้เรียนการล้างไต สถานะปัจจุบันของผู้ป่วย

ส่วนที่ 4: Exit site infection ประกอบด้วย ชนิดของเชื้อก่อโรค ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ระยะเวลาการรักษา ผลลัพธ์การรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการล้างไตด้วยสถิติ Fisher's exact test และกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05) และใช้ Multiple logistic analysis ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก โดยใช้ โปรแกรม STATA เวอร์ชัน 14

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขโครงการ HE 621508 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยยึดหลักความเคารพในเกียรติของมนุษย์ หลักผลประโยชน์และหลักแห่งความยุติธรรม

ผลการศึกษา (Results)

ในการศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 265 ราย โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มล้างไตเท่ากับ 60.31 ± 14.27 ปี เป็นเพศชาย 148 ราย (ร้อยละ 55.85) และเพศหญิง 117 ราย (ร้อยละ 44.15) สาเหตุหลักของโรคไตวายระยะสุดท้ายเกิดจากเบาหวาน (ร้อยละ 61.13) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.25) เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์รวมของการรักษามีผู้ป่วยเสียชีวิต 126 ราย (ร้อยละ 47.55), เปลี่ยน

การรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 58 ราย (ร้อยละ 21.89), ยังคงรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง 47 ราย (ร้อยละ 17.74), ส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน 29 ราย (ร้อยละ 10.94) และได้รับการปลูกถ่ายไต จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 1.89)

พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 49.43) โดยมีการติดเชื้อทั้งหมด จำนวน 326 ครั้ง โดยแบ่งเป็นติดเชื้อ 1 ครั้ง จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 44.27), 2 ครั้ง จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 22.90), 3 ครั้ง จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 14.50), 4 ครั้ง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 5.34), 5 ครั้ง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 3.82), 6 ครั้ง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.53), 7 ครั้ง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 3.82), 8 ครั้ง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.53) และ 9, 12, 14 ครั้ง อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 0.76) โดยข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มติดเชื้อกับกลุ่มไม่ติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งอายุ เพศ อาชีพ และการศึกษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานกลุ่มติดเชื้อกับกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก

ปัจจัยพื้นฐานผู้ป่วย	ผู้ป่วยติดเชื้อ N=131	ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ N=134	(P-value)
อายุ (ปี)	61.74 ± 12.13	58.91 ± 16.02	0.11
เพศ			
ชาย	75 (57.25)	73 (54.48)	0.65
หญิง	56 (42.75)	61 (45.52)	
อาชีพ			0.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	51 (38.93)	52 (38.81)	
นักเรียน, นักศึกษา	1 (0.76)	4 (2.99)	
เกษตรกรรม	20 (15.27)	26 (19.40)	
ธุรกิจส่วนตัว	12 (9.16)	14 (10.45)	
รับราชการ	46 (35.11)	34 (25.37)	
รับจ้าง	1 (0.76)	4 (2.99)	
การศึกษา			0.31
ไม่ได้เรียน	1 (0.76)	0	
ประถมศึกษา	65 (49.62)	69 (51.49)	
มัธยมศึกษา, อาชีวศึกษา	23 (17.55)	33 (24.63)	
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	42 (32.06)	32 (23.88)	
สาเหตุของโรคไต, ราย (ร้อยละ)			0.72
เบาหวาน	86 (65.65)	76 (56.72)	
ความดันโลหิตสูง	23 (17.56)	28 (20.90)	
โรคหัวใจ, ทางเดินปัสสาวะอุดตัน	6 (4.58)	11 (8.21)	
โรคไตอักเสบเรื้อรัง	4 (3.05)	8 (5.97)	
โรคภูมิแพ้ตัวเอง	2 (1.53)	3 (2.24)	
โรคไตจากสาเหตุอื่น ๆ	5 (3.82)	4 (2.98)	
ไม่ทราบสาเหตุ	5 (3.82)	4 (2.99)	
ระยะเวลาพบอายุรแพทย์ก่อนการล้างไต			0.78
< 6 เดือน	5 (3.82)	6 (4.51)	
≥ 6 เดือน	126 (96.18)	127 (95.49)	
อาการบวม			0.38
ไม่บวม	51 (38.93)	65 (48.87)	
บวม 1+	58 (44.27)	49 (36.84)	
บวม 2+	16 (12.21)	12 (9.02)	
บวม 3+	6 (4.58)	7 (5.26)	
Charlson comorbidity index	3.09 ± 1.49	2.84 ± 1.66	0.19
Karnofsky performance score	71.60 ± 12.27	73.43 ± 12.39	0.23

ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยด้านการล้างไตของกลุ่มติดเชื้อกับกลุ่มไม่ติดเชื้อกที่แผลพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการเคຍผ่าตดช่องท้องก่อน

ใส่สายล้างไต, การพักท้องหลังการใส่สาย, ชนิดของสายล้างไต, ระบบน้ำยาล้างไต, การร้วของน้ำยาหลังการวางสายและผู้เปลี่ยนน้ำยาล้างไต (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยด้านการล้างไตของกลุ่มติดเชื้อกับกลุ่มไม่ติดเชื้อกที่แผลช่องทางสายออก

ปัจจัยด้านการล้างไต	ผู้ป่วยติดเชื้อก N=131	ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อก N=134	(P-value)
เคຍผ่าตดช่องท้องก่อนใส่สายล้างไต			1.00
เคຍ	4(3.08)	4(2.99)	
ไม่เคຍ	126(96.92)	130(97.01)	
การพักท้องหลังการใส่สาย			0.28
พักท้อง	126(96.18)	132(98.51)	
ไม่พักท้อง	5(3.82)	2(1.49)	
ชนิดของสายล้างไต			0.34
สายตรง	3(2.29)	7(5.22)	
สายโค้ง	128(97.71)	127(94.78)	
ระบบน้ำยาล้างไต			0.47
ระบบ Baxter	97(74.62)	105(78.36)	
ระบบ Andy dise	34(25.38)	29(21.64)	
มีการร้วของน้ำยาหลังการวางสาย			0.61
มี	2(1.56)	1(0.75)	
ไม่มี	129(98.44)	133(99.25)	
ผู้เปลี่ยนน้ำยาล้างไต			0.41
ผู้ป่วยเอง	27(20.61)	36(26.87)	
ญาติผู้ป่วย	103(78.63)	96(71.64)	
ผู้ดูแลผู้ป่วย	1(0.76)	2(1.49)	
อายุของผู้เรียนล้างไต	48(40-58)	42(33-57)	0.26
ระยะเวลาการเรียนล้างไต	8(8-10)	8(8-10)	0.95

ข้อมูลเปรียบเทียบปัจจัยด้านการล้างไตของ กลุ่มติดเชื้อมีกับกลุ่มไม่ติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับผ้าตัดใส่สายล้างไตโดยศัลยแพทย์ในห้องผ่าตัดมีโอกาสติดเชื้อที่แผลเพิ่มขึ้น 1.88 เท่า (OR= 1.88, 95%CI1.02-3.44; p=0.04) เทียบกับผู้ป่วยที่วางสายโดยอายุรแพทย์โรคไตที่ข้างเตียง เช่นเดียวกับกับผู้ป่วยที่เปลี่ยนน้ำยา

ล้างไต โดยการศึกษาของผู้เรียนการล้างไตต่ำกว่าระดับประถมศึกษาและผู้ป่วยที่มีประวัติการติดเชื้อในช่องท้องมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น 2.96 เท่า (OR= 2.96, 95%CI1.12-7.81; p=0.03) และ 1.75 เท่า (OR=1.75, 95%CI1.08-2.85) p=0.02) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการล้างไตกับการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก

ปัจจัย	ผู้ป่วยติดเชื้อ N=131	ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ N=134	OR(95%CI)	p-value
การผ่าตัดใส่สายล้างไต			1.88 (1.02-3.44)	0.04
โดยศัลยแพทย์	111(84.73)	100(74.63)		
โดยอายุรแพทย์โรคไต	20(15.27)	34(25.37)		
การศึกษาของผู้เรียนล้างไต			2.96 (1.12-7.81)	0.03
ประถมศึกษา	17(37.78)	8(17.02)		
สูงกว่าประถมศึกษา	28(62.22)	39(82.98)		
ผู้ป่วยติดเชื้อในช่องท้อง			1.75(1.08-2.85)	0.02
เคย	75(57.25)	58(43.28)		
ไม่เคย	56(42.75)	76(56.72)		

พบว่า ผู้ป่วย 131 ราย ที่มีการติดเชื้อที่แผลช่องทางออกทั้งหมด 326 ครั้ง ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ *Pseudomonas* spp. (ร้อยละ 71.43) ผลลัพธ์ของการรักษา พบว่ารักษาหายด้วยยาปฏิชีวนะจำนวน 311 ครั้ง (ร้อยละ 95.40) ซึ่งมีผู้ป่วยทั้งหมด 15 ราย ที่ได้รับการเอาสายล้างไตออกโดยมีสาเหตุจาก

ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ 10 ครั้ง (ร้อยละ 3.07) และมีการติดเชื้อในช่องท้องร่วมด้วย 5 ครั้ง (ร้อยละ 1.53) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเอาสายล้างไตออกอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่อุโมงค์สายและติดเชื้อที่แผลเรื้อรัง (p < 0.001) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากเชื้อ *pseudomonas* และ

เชื้อรา ($p < 0.001$) ผู้ป่วยที่รับยาปฏิชีวนะ ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลา นานกว่า 3
ทางหลอดเลือดดำ ($p < 0.001$) และผู้ป่วยที่ สัปดาห์ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและกลุ่มที่ไม่ตอบสนอง

ลักษณะการติดเชื้อที่แผล	กลุ่มที่ไม่ตอบสนอง N=15	กลุ่มที่ตอบสนอง N=311	P-value
จำนวนการติดเชื้อต่อผู้ป่วย 1 ราย	3.33±3.46	2.70±2.27	0.30
ชนิดของการติดเชื้อ			0.00
Acute exit site infection	4(26.67)	265(85.21)	
Chronic exit site infection	4(26.67)	45(14.47)	
Infected external cuff	1(6.67)	1(0.32)	
Tunnel infection	6(40.00)	0(0.00)	
ผู้ป่วยที่ได้ยาปฏิชีวนะ			0.71
บ้ายแผล			
ไม่ได้	12(80.00)	264(84.89)	
ได้	3(20.00)	47(15.11)	
การบริหารยาปฏิชีวนะ			0.00
รับประทาน	1(6.67)	300(96.46)	
ฉีดทางเส้นเลือดดำ	14(93.33)	11(3.54)	
ผลการเพาะเชื้อ			0.03
Streptococcus spp.	0(0.00)	1(0.32)	
Staphylococcus negative	1(6.67)	39(12.54)	
Staphylococcus Aureus	2(13.33)	119(38.26)	
E.coli	0(0.00)	5(1.61)	
Klebseillaspp.	1(6.67)	14(4.50)	
Pseudomonas spp.	7(46.67)	77(24.76)	
Acinobactorsspp.	0(0.00)	1(0.32)	
Fungus	2(13.33)	0(0.00)	
Enterobacter	1(6.67)	5(1.61)	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและกลุ่มที่ไม่ตอบสนอง (ต่อ)

ลักษณะการติดเชื้อที่แผล	กลุ่มที่ไม่ตอบสนอง N=15	กลุ่มที่ตอบสนอง N=311	P-value
ผลการเพาะเชื้อ			
MRSE	0(0.00)	1(0.32)	
MRSA	1(6.67)	11(3.54)	
Coryne	0(0.00)	24(7.72)	
อื่น ๆ	0(0.00)	14(4.50)	
ชนิดของยาปฏิชีวนะ			0.00
Cephalexin	0(0.00)	161(6.67)	
Dicloxacillin	0(0.00)	15(4.82)	
Clindamycin	0(0.00)	10(3.22)	
Ciprofloxacin	1(6.67)	104(33.44)	
Cefazolin	1(6.67)	0(0.00)	
Ceftazidime	5(33.33)	3(0.96)	
Ampicillin	0(0.00)	8(2.57)	
PIP/Tazobactam	1(6.67)	2(0.64)	
Meropenem	2(13.33)	2(0.64)	
Vancomycin	3(20.00)	0(0.00)	
Amphotericin B	1(6.67)	0(0.00)	
อื่น ๆ	1(6.67)	6(1.93)	
ระยะเวลาได้รับยาปฏิชีวนะ			0.00
14-20 วัน	7(46.67)	272(87.46)	
21-27 วัน	7(46.67)	33(10.61)	
≥ 28 วัน	1(6.67)	6(1.93)	
ผลการรักษา			0.00
Cure	0(0.00)	311(100.00)	
Refractory ESI	10(66.67)	0(0.00)	
Peritonitis	5(33.33)	0(0.00)	

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ด้านอายุ, เพศ, อาชีพ, การศึกษา สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง, โรคประจำตัว และสมรรถนะทางกายไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มติดเชื้อและกลุ่มไม่ติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{11,12} ของ Sinangil A. และ Poltacha S. ในขณะที่ปัจจัยการล้างไตมีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายล้างไตโดยศัลยแพทย์ในห้องผ่าตัดมีโอกาสติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกเพิ่มขึ้น 1.88 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายล้างไตโดยอายุรแพทย์โรคไตที่ข้างเตียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Özener Ç, et al. พบว่า ผู้ป่วยที่วางสาย โดยการผ่าตัดเปิดแผลมีอัตราติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกมากกว่าการเจาะผ่านผิวหนัง (1 episodes/11.8 patient-months เทียบกับ 1 episodes/14.8 patient-months; 0.023)¹³ และอาจพิจารณาวางสายโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผนังหน้าท้องหนา, มีประวัติผ่าตัดช่องท้องหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะพังพืดในท้อง เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อมากกว่าการเจาะผ่านผิวหนังและการส่องกล้อง (35% เทียบกับ 13% และ 5% ตามลำดับ)¹⁴ และจากการศึกษานี้ พบว่า การศึกษาของผู้เรียนการล้างไตที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามีโอกาสติดเชื้อมากกว่าผู้เรียน

ที่จบการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา 2.96 เท่า ดังนั้นการศึกษาหรือระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงในการสอนหรือการให้ข้อมูล กล่าวคือ ผู้เรียนต้องมีสติปัญญาที่สามารถจดจำและคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้และควรมี Exit site care protocol สำหรับการสอนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย^{15,16} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะมีแนวโน้มติดเชื้อที่แผลมากกว่าในกรณีพบการติดเชื้อในช่องท้อง 1.75 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh N. นอกจากนี้การศึกษายังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกที่ไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะและต้องเอาสายล้างไตออก มักพบในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่อุโมงค์สายและการติดเชื้อที่แผลชนิด เรื้อรัง หรือ เกิดจากการติดเชื้อ Pseudomonas และเชื้อรา¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Weber J. และคณะที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 138 ราย เป็นระยะเวลา 7 ปี พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องเอาสายล้างไตออก 31 ราย โดยร้อยละ 60 เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่อุโมงค์สาย ส่วนการบริหารยาปฏิชีวนะ พบกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา จะได้ยาปฏิชีวนะเป็นชนิดให้ทางหลอดเลือด เป็นระยะเวลา นานกว่า 3 สัปดาห์ และเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อซ้ำ บางคนเป็นเชื้อเดิม บางคนเป็นเชื้อใหม่หลังรักษาหายและหยุด

ยาปฏิชีวนะแล้ว พยาบาลจึงควรนำผลการศึกษานี้ ไปค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อซ้ำ เช่น การได้รับยาปฏิชีวนะ ไม่ครบ หรือได้รับยาไม่ตรงกับเชื้อ ตลอดจนขั้นตอนการทำแผลที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล เป็นต้น

ข้อยุติ (Conclusions)

จากการศึกษานี้ ทำให้ทราบปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยาปฏิชีวนะและต้องเอาสายล้างไตออก เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อแผลเรื้อรัง (Chronic ESI) หรือ ติดเชื้ออุโมงค์สาย (Tunnel infection) หรือผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ Pseudomonas spp. และเชื้อรา เพื่อให้เกิดความตระหนักแก่แพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย รวมถึงการนำไปใช้ในการปรับแนวทางการดูแลและการเฝ้าระวังให้เหมาะสม รวมถึงพัฒนาการฝึกสอนแก่ผู้ป่วยล้างไต ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลไตเทียม เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย และพัฒนาผลลัพธ์การดูแลให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยนี้ เพื่อไปติดตามและเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องให้มีประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบการสอนผู้ป่วยล้างไต เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออก และควรมีการศึกษาถึงความถูกต้องของขั้นตอนการทำแผล และสิ่งแวดล้อมเมื่อผู้ป่วยกลับไปทำแผลที่บ้าน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกโดยเฉพาะ ผู้ป่วยติดเชื้อแผลเรื้อรัง (Chronic ESI) หรือติดเชื้ออุโมงค์สาย (Tunnel infection) หรือติดเชื้อ Pseudomonas spp. และเชื้อรา มีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองต่อการรักษา จึงสมควรได้รับการเฝ้าระวัง การดูแลและการติดตามเป็นพิเศษ โดยใช้แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้บริหารที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูล

- Meta-Analysis. PloS one 2016; 11(7): 1-18.
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chairprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P,

- Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. **Nephrol Dial Transplant** 2010; 25(5): 1567-75.
3. Rinaldi S, Sera F, Verrina E, Edefonti A. The Italian Registry of Pediatric Chronic Peritoneal Dialysis: a ten-year experience with chronic peritoneal dialysis catheters. **Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis** 1998; 18(1): 71-74.
4. Abraham G, Savin E, Ayiomamitis A, Izatt S, Vas SI, Mathews RE, et al. Natural history of exit-site infection (ESI) in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). **Nephrocentrum Foundation** 1988; 8(3): 211-216.
5. Jaar BG, Plantinga LC, Crews DC, Fink NE, Hebah N, Coresh J, et al. Timing, causes, predictors and prognosis of switching from peritoneal dialysis to hemodialysis: a prospective study. **BMC Nephrology** 2009; 10(3): 1-12.
6. Chen JHC, Johnson DW, Hawley C, Boudville N, Lim WH. Association between causes of peritoneal dialysis technique failure and all- cause mortality. **Scientific Reports** 2018; 8(3980): 1-10.
7. Perez Fontan M, Rodriguez-Carmona A, Garcia- Naveiro R, Rosales M, Villaverde P, Valdes F. Peritonitis-related mortality in patients undergoing chronic peritoneal dialysis. **Perit Dial Int** 2005; 25(3): 274-84.
8. Kerschbaum J, Konig P, Rudnicki M. Risk factors associated with peritoneal-dialysis-related peritonitis. **International Journal of Nephrology** 2012; 2012: 1-12.
9. Gadola L, Poggi C, Dominguez P, Poggio MV, Lungo E, Cardozo C. Risk factors and prevention of peritoneal dialysis-related peritonitis. **Perit Dial Int** 2019; 39(2): 119-125.
10. Szeto CC, Li PK, Johnson DW, Bernardini J, Dong J, Figueiredo AE, et al. ISPD Catheter-Related Infection Recommendations: 2017 Update. **Perit Dial Int** 2017; 37(2): 141-54.
11. Sinangil A, Koc Y, Unsal A, Basturk T, Sakaci T, Ahbap E, et al. Effects of infectious complications on patients' survival in peritoneal dialysis. **Eur Rev Med Pharmacol Sci** 2013; 17(8) : 1064-72.

12. Poltacha S, Noktong S, Changjeraja W. Factors Related with Peritonitis in CAPD Patients at Buengkan Hospital. **Nursing Health and Education journal** 2018; 1(3):3-10.
13. Özener Ç, Bihorac A, Akoglu E. Technical survival of CAPD catheters: comparison between percutaneous and conventional surgical placement techniques. **Nephrology Dialysis Transplantation** 2001; 16(9) : 1893-1899.
14. Gokal R, Ash SR, Helfrich GB, Holmes CJ, Joffe P, Nichols WK, et al. Peritoneal catheters and exit- site practices: toward optimum peritoneal access. **Peritoneal dialysis international** 1993; 13(1): 29-39.
15. Homnan N, **Patient education in CAPD**. In: Siriwong T. *Theory and Technique of Continuous Peritoneal Dialysis*, 2005. Khon Kaen University Printing House. pp 27-327. [in Thai].
16. Einbinder Y, Cohen-Hagai K, Shitrit P, Zitman-Gal T, Erez D, Benchetrit S, et al. A. ISPD guideline- driven retraining, exit site care and decreased peritonitis: a single-center experience in Israel. **International urology and nephrology** 2019; 51(4): 723-7.
17. Singh N, Davidson I, Minhajuddin A, Gieser S, Nurenbeg M, Saxena R. Risk factors associated with peritoneal dialysis catheter survival: a 9- year single- center study in 315 patients. **The journal of vascular access** 2010; 11(4): 316-22.
18. Weber J, Mettang T, Hübel E, Kiefer T, Kuhlmann U. Survival of 138 surgically placed straight double-cuff Tenckhoff catheters in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Peritoneal dialysis international** 1993; 13(3): 224-7.

การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี

อุมาพร เคนศิลา*, เกษฏาภรณ์ นาขะมิน*, นิตยากร ลุนพรหม**,
เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง**, ณัฐสุภากุล บึงมูม**, นภาพันท์ ชาปติก*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 300 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหนองสำโรง จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลประชากร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแคว์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย ซึ่งช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด และได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นพ่อบ้าน-แม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้หลักส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง และพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35 ซึ่งจากผลการศึกษา อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงกับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมีผลต่อภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, ชุมชนเมือง

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

Corresponding Author: Umaporn Kensila, Email: nurse_ckr@hotmail.com

Received 09/07/2020

Revised 11/08/2020

Accepted 10/09/2020

SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION OF THE ELDERLY IN URBAN COMMUNITY UDON THANI PROVINCE

Umaporn Kensila, Keatsadaporn Nakhamin*, Nittayagorn Loonprom**,
Saowaluk Thajang**, Natthakul Buengmoom**, Napajan Chaplik**

ABSTRACT

This study is cross-sectional descriptive research. The objective is to explore the relationship between the social support and the depression of the elderly in the urban community in Udon Thani Province. The sample in this study was 300 elderly, whose ages are above 60 years old. They live in urban areas of Nong Sumrong Municipality and Udon Thani Province. The Data was collected during October and November, 2018 by using self-response questionnaires as standardized tools. Analyzed population data are included frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and Chi-square test.

The results of the study have shown that female elderly are more than males. The most common age range is the age range of 60-69 years. Most of them are married and they have had primary education. In addition, they are housewife and they are not working. Most of their incomes are supported by the government. They also receive high support from society since they easily tend to have depression. It was found 35.0%. In summary, the relationship between age and depression were statistically significant. As the analyzing of the relationship between society supporting and elderly depression in the urban community showed that high social support and moderate social support effect by depression were not significantly different.

Key words: Social support, Depression, Elderly, Urban community

*Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

**Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในประเทศไทยมีโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ประเมินไว้ว่า ในศตวรรษที่ 21 นี้จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ เนื่องจากทั่วโลกผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10^{1,2} ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2557³ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศชายร้อยละ 13.8 และเพศหญิงร้อยละ 16.1 นั้น แสดงว่าสังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2568 สังคมไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง^{3,4}

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ และภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ⁵ จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.8 เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศพบว่าผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย และ

สัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นโดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 4.8 และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.0^{2,6,7} และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 20.4) เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเภทอื่น ๆ⁸

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลเมืองหนองสำโรง มีนโยบายและแผนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบประเด็นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีปัญหาเรื่องสุขภาพของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ และการใช้ชีวิตแบบสังคมเมืองทำให้ไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพ⁹ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ ปัญหาสุขภาพทางสังคม และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ควรได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือคนในชุมชนควรจะทำให้ความสำคัญกับการดูแล ใส่ใจผู้สูงอายุมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุทั้งที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหนองบัว อําเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี

เกณฑ์คัดเลือก

- 1) สามารถสื่อสารได้ในช่วงเวลาที่สามารถ
- 2) มีความสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาประชากรซึ่งมีจำนวน 2,032 คน

$$n = \frac{NZ^2 \alpha_{/2} \sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2 \alpha_{/2} \sigma^2}$$

โดย n = ขนาดของตัวอย่าง
N = ขนาดประชากร

Z = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95 % ($Z = Z_{0.05/2} = 1.96$)

S² = ค่าความแปรปรวนของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ได้ค่า S² = 0.47² จากการศึกษานำร่องในพื้นที่เทศบาลเมืองหนองบัว จำนวน 30 คน)

d = ค่าความคลาดเคลื่อน กำหนดให้ไม่เกิน 5 % (Acceptable error = 0.05)

$$n = \frac{2,032 (1.96)^2 (0.47)^2}{(0.05)^2 (2032-1) + (1.96)^2 (0.47)^2}$$

$$n = \frac{1724.374}{(5.078)+(0.849)}$$

n = 290.935 ~ 291

จากสูตรการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างที่ควรจะใช้จำนวน 291 คนงานวิจัยนี้เก็บข้อมูล 300 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึงพิงโอกาสการได้รับความร่วมมือจะน้อย

การสุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มจับรายชื่อของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานีแบบไม่ใส่คืนจากหน่วยตัวอย่างมาทีละหน่วยจนกระทั่งครบจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อถึงผู้บริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อขอเข้าชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย

2) อบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูล จำนวน 2 คน โดยการทำความเข้าใจในเทคนิคการสัมภาษณ์ ข้อคำถามและความเข้าใจของแบบสอบถาม การแปลความหมายคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง

3) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) พบกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ตามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

5) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในชุมชนโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นผู้ถามให้อาสาสมัครตอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน 8 ข้อ เป็นคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้หลัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือ Geriatric depression scale (GDS) (Brink, Yesavage, 1983) จำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างของชุมชนและผู้ป่วยมีความน่าเชื่อถือที่ดี มีความไว 84% และความจำเพาะทั่วไป 95% ค่าความเชื่อมั่นใน

ผู้สูงอายุเพศหญิง เท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุเพศชาย เท่ากับ 0.91 และมีค่าความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ 0.93¹⁰ การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 15 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, มากกว่า 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ2000) ¹¹ ของไวเนอร์⁸ ในการศึกษานี้ได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความสอดคล้องภายในจากการนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 เนื้อหาแบบวัดมีความเหมาะสม และชัดเจนในการวัดผู้สูงอายุ ความถูกต้อง (Validity) เปรียบเทียบกับเครื่องมืออื่น (Concurrent validity) พบว่า PRQ2000 กับ Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) เท่ากับ 0.51¹¹ แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของไวเนอร์⁸ มีจำนวน 15 ข้อ มีคำตอบ 7 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 ไม่เห็นด้วย
- 3 ไม่เห็นด้วยบางส่วน

- 4 ไม่แน่ใจ
- 5 เห็นด้วยบางส่วน
- 6 เห็นด้วย
- 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 105 คะแนน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง 76-105 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 46-75 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย 15-45 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ และจัดเตรียมข้อมูลนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย ซึ่งช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70-79 ปี และ

ช่วงอายุ 80 ขึ้นไป ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า มีสถานภาพสมรสมากที่สุด รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ไม่ได้ได้รับการศึกษา อาชีพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น พ่อบ้าน-แม่บ้าน หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง ตามลำดับ ส่วนของรายได้ส่วนใหญ่จะมีรายได้ในช่วง 0-1000 บาท รายได้หลักส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ รองลงมาคือ ได้รับจากบุตร

การสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่า เพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ รายละเอียดตามตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และจากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.05$ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุชุมชนเมือง (n= 300 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ		P-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	
เพศ			.882
ชาย	84	34	
หญิง	131	51	
อายุ			.111
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	117	35	
ผู้สูงอายุตอนปลาย (70-79 ปี)	70	37	
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป)	28	13	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p – value < .05

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชุมชนเมือง (N= 300 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		P-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า	
เพศ			.160
ชาย	67	51	
หญิง	128	54	
อายุ			.010*
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	91	61	
ผู้สูงอายุตอนปลาย (70-79 ปี)	69	38	
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป)	35	6	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p – value < .05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

(n= 300 คน)

	ซึมเศร้า	ไม่ซึมเศร้า	รวม	P-value
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	77	138	215	0.638
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	28	57	85	
รวม	105	195	300	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p – value < .05

จากตารางที่ 3 สามารถอธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงกับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมีผลต่อภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง และรองลงมาคือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่รับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง เช่นเดียวกัน¹² อธิบายได้ว่า ในบริบทของสังคมไทยลูกหลาน ญาติ พี่น้อง ที่อยู่ในชุมชนยังดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน จึงพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเมืองพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มี

ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.5 สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ¹³ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีมากนั้น เป็นผู้สูงอายุที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนช่วยเหลืองานส่วนรวมเมื่อมีโอกาส และมีความยินดีเมื่อเห็นเพื่อนบ้านมีความพร้อมในชีวิตครอบครัว จากการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว อาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งถือได้ว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ได้รับจากครอบครัว ซึ่งอาจจะไม่ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ทั้งนี้จากผลการศึกษายังพบว่า มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 27.5 มีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งควรได้รับการติดตามและปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

จากผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกันกับการศึกษาของ Sandeep Grover and Nidhi Malhotra ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าพบมากในเพศหญิง¹⁴ และจากการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ต่างกันกับการศึกษาของ กานต์พิชญา เนตรพิลธิทิกุล ที่พบว่า มี อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ¹⁵ นอกจากนี้จากการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง การประเมินรวมถึงการคัดกรองเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญสูงสุด เนื่องจากผลที่ได้จากการประเมินสภาพและการคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก็ได้รับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงกับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นที่จิตใจและต้องการการตอบสนองด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงเป็นไปได้ว่า เดียวกันกับการศึกษาของพยาม การตี

ที่กล่าวว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจ¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanakwang ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีคะแนนสูงที่สุด¹⁷ ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่ดี¹⁸ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกปลอดภัย ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ การพบปะสังสรรค์ คนที่ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การใช้เวลาร่วมกับผู้อื่นที่สนใจในสิ่งเดียวกัน การกล่าวชื่นชมยินดี การได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น การชื่นชมตนเองและจากคนรอบข้าง ความเป็นที่ต้องการของคนอื่น และคำแนะนำในด้านต่าง ๆ ล้วนแต่ส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้ มีผลต่อกำลังใจ แรงจูงใจในการดำเนินชีวิตแก่ผู้สูงอายุในช่วงการเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม จนกระทั่งถึงช่วงบั้นปลายชีวิต นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทางอ้อมของผู้สูงอายุด้วย เช่น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กล่าวคือ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับต่ำ แต่หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะลดโอกาสเกิด

ภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะการสนับสนุน
ด้านอารมณ์^{7,19}

ที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน
เมือง

ข้อยุติ (Conclusions)

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มี
ภาวะซึมเศร้า และได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน
เมือง พบว่า ไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับการ
สนับสนุนทางสังคมในระดับสูงและระดับ
ปานกลาง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีคุณภาพชีวิต
ไม่ดี ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ
อาจมีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า
ผู้สูงอายุหนึ่งในสามเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทาง
สังคม

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เพื่อป้องกันและเฝ้า
ระวังภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ควรส่งเสริม
สุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันความเสี่ยง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงาน
วิจัย และมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ที่ให้
การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Depression
[online] 2018 [cited 2019 Jan 27].
Available from: <https://bit.ly/2RKuN3v>
2. United Nations. World Population
Ageing 2013. New York: United
Nations; 2013.
3. Knodel J, Teerawichitchainan B,
Prachuabmoh V, Pothisiri W. The
situation of Thailand' s older
population: an update based on the
2014 survey of older persons in
Thailand. Ann Arbor, MI: Population
Studies Center, University of Michigan;
2015.
4. Knodel J, Teerawichitchainan B,
Prachuabmoh V, Pothisiri W. The
situation of Thailand' s older
population: an update based on the
2014 survey of older persons in
Thailand. Ann Arbor, MI: Population
Studies Center, University of Michigan;
2015.
5. Schulz RS, Paula R. Physical and
mental health effects of family

- caregiving. **American Journal of Nursing** 2008; 108(9): 23-7.
6. Knodel J, Chayovan N. Family support and living arrangements of Thai elderly. **Asia Pac Popul J** 1997; 12(4): 51-68.
 7. Manasatchakun P, Chotiga P, Hochwalder J, Roxberg A, Sandborgh M, Asp M. Factors associated with healthy aging among older persons in Northeastern Thailand. **J Cross Cult Gerontol** 2016; 3: 369-84.
 8. Tang Y. Social Support of Elderly Caregivers. **Int J Bus Manag** 2008; 3: 81-4.
 9. McCulloch BJ. Relationship of family proximity and social support to mental health of older rural adults: the Appalachian context. **J Aging Stud** 1995; 9: 65-81.
 10. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang VS, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. **Journal of Psychiatric Research** 1985; 17(1): 37-39.
 11. Weinert C. Measuring social support: PRQ-2000. In: Strickland OL, Dilorio C. editor. **Measurement of nursing outcomes**. 2nd. New York: Springer; 2003. Vol. 3 self care and coping; p. 161-172.
 12. McCulloch BJ. Relationship of family proximity and social support to mental health of older rural adults: the Appalachian context. **J Aging Stud** 1995; 9: 65-81.
 13. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. **Arch Psychiatr Nurs** 1990; 4(2): 99-107.
 14. Grover S, Malhotra N. Depression in elderly: A review of Indian research. **J Geriatr Ment Health** 2015; 2(1): 4-5.
 15. Netpisitkul K. Factors Associated with Depression in Elderly at Makhvillage, Ban Pho Sub-district, Mueang District, Nakhonratchasima Province: A case study. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(1): 89-103. [in Thai].
 16. Sasat S. **Elderly care assistant: Formal caregiver and how to carry out quality assurance in Thailand**. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2010. [in Thai].
 17. Thanakwang K. Family support, anticipated support, negative interaction, and psychological well-being of older parents in Thailand.

- Psychogeriatrics** 2015; 15: 171- 8.
[in Thai].
18. Pornkuna RJ. The roles and cultural perceptions of daughters in the care of elderly parents with chronic illness in Esan context: Case Study in Khon Kaen Province. **J Fac Nurse** 2018; 26:21-9. [in Thai].
19. Schulz RS, Paula R. Physical and mental health effects of family caregiving. **American Journal of Nursing** 2008; 108(S9): 23-27.

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาต่อความรู้ในการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาอย่างปลอดภัย และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุตอนต้นที่ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดสกลนคร

จีฟ้าพันธ์ เหล่าหาโคตร*, รพีพรรณ ยงยอด*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาต่อความรู้ในการใช้ยา พฤติกรรมในการใช้ยาอย่างปลอดภัย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุตอนต้น ที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 98 คน กลุ่มทดลอง 48 คน เปรียบเทียบผลกับกลุ่มควบคุมที่รับบริการตามปกติ 50 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยานี้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุตอนต้นที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, ผู้สูงอายุ, ความรู้ในการใช้ยา, พฤติกรรมการใช้ยาอย่างปลอดภัย

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Corresponding Author: Rapeepan Yongyod. E-mail: Rapeepan.y@ku.th

Received 07/07/2020

Revised 03/08/2020

Accepted 22/09/2020

THE EFFECTS OF DRUG USE BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM TO DRUG USE KNOWLEDGE, MEDICATION SAFETY BEHAVIORS AND BLOOD GLUCOSE LEVEL OF ELDERLY PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN PHU PHAN DISTRICT, SAKON NAKHON PROVINCE

Jirapun Laohakote, Rapeepan Yongyod**

ABSTRACT

The objective of this quasi-experimental research was to study the effect of drug use behavior modification program on drug use knowledge, medication safety behavior and mean of blood sugar level. This research was among elderly with type 2 diabetes mellitus 98 persons, consisted of experimental group with 48 persons. Compare the results with the control group is 50 patients. Data were collected by using interviewing of drug use knowledge, safety drug use behavior, recording of blood sugar level (FBS and HbA1c). Data were analyzed by the descriptive statistic and T-test.

The research showed that after behavior modification program, intervention group had significantly knowledge about drug use and medication safety behavior better than control group ($p < 0.05$). Fasting blood sugar and HbA1c in intervention group had significantly lower than control ($p < 0.05$). The results can be interpreted that the drug use behavior modification program could be applied in elderly patients with diabetes mellitus for educating medication safety behaviors and also assisted indirectly blood sugar control.

Keywords: Diabetes mellitus patients, Elderly, Drug use knowledge, Medication safety behavior

*Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนกว่า 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรประเทศ¹ ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอย เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้าน สรีรวิทยา จิตใจ อารมณ์และด้านสังคม² ปัญหาสุขภาพที่พบมากในผู้สูงอายุ คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมากกว่า 6.7 แสนคน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 90³ รายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7⁴ ในปี พ.ศ. 2558 อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 1,660 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งอำเภอ

ข้อมูลยารับคืนจากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ในปี พ.ศ. 2556 และ 2557 พบว่า ยารับคืนจากผู้ป่วยมากที่สุด คือ ยาในกลุ่มรักษาโรคเบาหวาน และผู้ป่วยที่มียาเหลือส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องใช้ยาหลายชนิดต่อวัน และมีพฤติกรรมกินยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ปรับขนาดการกินยาเอง กินยามิดขนาด มิดเวลา และพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลเลือด พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการใช้ยาผิดวิธี การปรับวิธีการใช้ยาด้วยตนเอง⁵

และยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ มักมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง⁶ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางตา โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น การนำแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นเครื่องมือส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาให้ถูกต้อง ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว⁷ และการเยี่ยมบ้าน เพื่อค้นหาป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา⁸ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง⁹ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาประยุกต์สร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่มีต่อความรู้ในการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาอย่างปลอดภัยและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุตอนต้นที่ป่วยโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาต่อความรู้ในการใช้ยา, พฤติกรรมการใช้ยาอย่างปลอดภัยและระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุตอนต้นที่ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการศึกษา (Method)

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา กิจกรรมแทรกแซง (Intervention) คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องการใช้ยาเบาหวานและยาทั่วไป ตามหลัก 5R และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาที่ปลอดภัยรวมถึงกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ซึ่งประเด็นในการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในภาวะโรค การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และการเก็บรักษา ยาของผู้ป่วย

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง และมีกลุ่มควบคุม (pre – posttest design with control)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตอนต้นที่ป่วยโรคเบาหวาน ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 403 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม¹⁰ คำนวณตัวอย่างได้ 48 คน ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อแก้ปัญหาค่าสูญหายร้อยละ 5 จำนวนตัวอย่าง 51 คนต่อกลุ่ม โดย

มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) รักษาด้วยยาเบาหวานชนิดรับประทานอย่างน้อย 1 ชนิด 4) มีระดับน้ำตาล FBS 150 mg/dl และ HbA1c 8.0% ขึ้นไป 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต ระบบประสาท และโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง 6) BMI น้อยกว่า 30 7) อาศัยอยู่ในอำเภอกุฉินารายณ์ 8) สื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 9) มีสติสัมปชัญญะดี และไม่มีปัญหาการได้ยิน 10) ยินยอมเข้าร่วมโครงการตลอดการวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษาดังนี้ 1) แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน 2) พบภาวะแทรกซ้อนและโรคอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย 3) กลุ่มตัวอย่างบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย 4) กลุ่มตัวอย่างย้ายถิ่นขณะทำการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) สุ่มตำบลโคกภูเป็นกลุ่มทดลอง มีจำนวนผู้ป่วยผ่านเกณฑ์อายุและระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวน 144 คน และผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด 83 คน สุ่มตำบลสร้างคือเป็นกลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ป่วยผ่านเกณฑ์อายุและระยะเวลาการเป็นเบาหวาน จำนวน 146 คน และผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด 96 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายได้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 51 คน ระหว่างการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกในกลุ่ม

ทดลอง 3 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน
เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม
ทดลอง 48 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2
ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการตรวจระดับ น้ำตาลในเลือด

การตรวจค่าระดับน้ำตาลใน
เลือดก่อนอาหาร (FBS) ด้วยวิธีการเจาะ
เลือดปลายนิ้วและวัดด้วยเครื่องและแถบ
ตรวจยี่ห้อ Gluco Dr. ที่มีการตรวจสภาพ
และบำรุงรักษาโดยนักเทคนิคการแพทย์
โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ตรวจ
โดยผู้ช่วยการวิจัย ที่เป็น เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
และ อสม. ที่ผ่านการฝึกอบรม

การตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวัน
ซี (HbA1c) โดยวิธีการเจาะเลือดจากหลอดเลือด
ดำของผู้ป่วยในปริมาณ 3 มิลลิลิตร ใส่
หลอดเก็บเลือดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด
K₂EDTA โดย นักเทคนิคการแพทย์
โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร และ
นำส่งห้องปฏิบัติการของบริษัท อินโนเทค
จำกัด จังหวัดอุดรธานี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
2) แบบสัมภาษณ์ความรู้ใน
การใช้ยา จำนวน 15 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง
0-15 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้
แบบอิงเกณฑ์

3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้
ยา จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) มีช่วงคะแนน
ระหว่าง 15-45 คะแนน

4) แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลใน
เลือดก่อนอาหาร (FBS) และค่าน้ำตาลเฉลี่ย
สะสม (HbA1c)

5) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความ
ตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดย
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง
ของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบ
สัมภาษณ์ทดลองใช้กับผู้สูงอายุตอนต้นที่ป่วย
ด้วยโรคเบาหวาน ในตำบลกปลาชีว อำเภอก
ฎพาน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการใช้ยา เท่ากับ
0.85 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยา
อย่างปลอดภัย 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

อาสาสมัครตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
FBS และ HbA1c เพื่อคัดกรองผู้มีคุณสมบัติ
ที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และ
เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ในการใช้ยา
พฤติกรรมการใช้ยา และวัดค่าระดับน้ำตาล
FBS ทุกเดือน และค่าน้ำตาลสะสม HbA1c
ก่อนและหลังโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่า
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ใช้สถิติอ้างอิงเพื่อการเปรียบเทียบ ข้อมูลก่อนหลัง ด้วยสถิติ T-Test ภายหลัง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสถาบันวิจัยและพัฒนาแห่ง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (สวพ. มก.) เลขที่ COA60/009

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่

ต้องกินยาประจำตัวด้วยตนเอง ระยะเวลา การป่วยด้วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 ในกลุ่ม ควบคุมป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 70 และต้องกินยารักษาเบาหวานและโรคอื่น เป็นประจำ จำนวนไม่น้อยกว่า 4 รายการ ต่อวัน

2. ความรู้ในการใช้ยาของกลุ่ม ตัวอย่าง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้ในการใช้ ยาเฉลี่ย ไม่แตกต่างกัน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ในการใช้ยาสูง กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการใช้ยาระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนความรู้	n	\bar{x}	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	9.62	1.36	0.16	0.869
กลุ่มควบคุม	50	9.58	1.32		
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	12.58	0.87	13.27	<0.001
กลุ่มควบคุม	50	9.68	1.25		

3. พฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอย่าง

ปลอดภัยไม่แตกต่างกัน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างปลอดภัยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนพฤติกรรม การใช้ยาอย่างปลอดภัย	n	\bar{x}	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	35.81	2.01	-0.52	0.598
กลุ่มควบคุม	50	36.02	1.86		
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	48	39.29	1.57	8.91	<0.001
กลุ่มควบคุม	50	36.14	1.90		

4. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร และค่าน้ำตาลน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ไม่แตกต่างกัน

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง (n=48)		กลุ่มควบคุม (n=50)		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนทดลอง						
FBS (mg/dl)	159.94	8.90	161.96	13.43	-0.87	0.384
HbA1c (%)	8.60	0.59	8.87	0.90	-1.74	0.084
หลังทดลอง						
FBS (mg/dl)	146.79	10.66	154.10	9.16	-3.64	<0.001
HbA1c (%)	8.42	0.50	8.69	0.53	-2.56	0.012

5. ประเด็นที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เรื่องการใช้ยาเบาหวานและยาทั่วไป แต่ไม่มี ความรู้เรื่องวันหมดอายุของยา

พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม คือ ไม่แลกเปลี่ยนยากับผู้ป่วยคนอื่น และไม่ปรับขนาดกินยาเพิ่มขึ้นเองเกินกว่าที่แพทย์สั่ง ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การไม่อ่านฉลากยาก่อนกินยา ไม่ตรวจสอบ วันหมดอายุของยา บางคนลดจำนวนยากินเอง ไม่กินยาตามเวลา เก็บยาไม่ตรงกับชื่อยา หน้าซอง ยาหลายชนิดรวมในซองเดียวกัน แผงยาถูกตัดเป็นแต่ละเม็ดเก็บรวมกันหลาย ชนิด และมีการเก็บยาใหม่และเก่ารวมกัน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง อ่านฉลากยาก่อนกินยาเพิ่มขึ้น ปรับลดยา กินเองน้อยลงและมีผู้ที่เก็บรักษายาได้เหมาะสม เพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่ยังคงอยู่ คือ ไม่มีการ ตรวจสอบวันหมดอายุของยา และรับประทาน ยาไม่ตรงเวลา

วิจารณ์ (Discussions)

เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ทำให้มีความรู้ในการใช้ยา มีพฤติกรรมการใช้ยา อย่างปลอดภัย สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมี ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง FBS และ HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้เรื่องการใช้ยา เป็นผลมาจากการดูวีดีโอ โปรแกรม power point และการพูดคุย รวมถึงการออกเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยาทิพย์ แสนแดง, ชื่นจิตร์ โพธิ์ศัพท์สุข (2561)⁹ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่มี กิจกรรมให้ความรู้ การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สื่อการสอนด้วย Power Point ร่วมกับการใช้คู่มือการใช้ยา และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการใช้ยาและมี พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงกว่าก่อน ทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ประเด็นที่ กลุ่มตัวอย่างยังไม่มีความรู้เรื่องวันหมดอายุ ของยานั้น เป็นผลมาจากการระวันหมดอายุ ของยาบนแผงยาของบริษัทผู้ผลิตส่วนใหญ่ เป็นข้อความภาษาอังกฤษ และมีอักษรขนาดเล็ก ไม่ชัดเจน ซึ่งมีผลโดยตรงกับปัญหาการ มองเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ และ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความรู้ ด้านภาษาอังกฤษ สอดคล้องกับการศึกษา ของ สมทรง ราชนิยม, กฤษณี สระมุณี (2559)¹¹ พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการ ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการ เยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชกระนวน ร้อยละ 30.61 ที่ แก้ไขปัญหาการใช้ยาได้เพียงบางส่วน สาเหตุ มาจากผู้ป่วยมีปัญหาในการอ่าน การทำ ความเข้าใจข้อมูลในฉลากยาและเอกสาร กำกับยา

พฤติกรรมกรใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน สภาวะการเจ็บป่วยของตนเองและมีความเข้าใจถึงผลดีของการใช้ยาอย่างถูกต้อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรใช้ยา จึงทำให้พฤติกรรมกรใช้ยาที่ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เทวพร ศุภรัทษจินดา (2554)¹² พบว่า ความรู้ในการใช้ยาของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.383$) ทั้งการบริหารทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านในโปรแกรมนั้นเป็นส่วนสำคัญทำให้ทราบข้อมูลพฤติกรรมกรใช้ยาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำได้ตรงประเด็น ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยาทิพย์ แสนแดง, ชื่นจิตร์ โพรศัพท์สุข (2561)⁹ พบว่า การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรใช้ยา มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรใช้ยาที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มควบคุมและการศึกษาของ อุไลลักษณ์ เทพวัลย์ และคณะ (2551)¹³ ที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านแก่กลุ่มตัวอย่างแล้วมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในเรื่องการลืมกินยาและการหยุดกินยาเองลดลง ส่วนพฤติกรรมกรตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม นั้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านความรู้

ภาษาอังกฤษและการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเป็นยาที่ไม่หมดอายุ ไม่จำเป็นต้องตรวจสอบสอดคล้องกับความรู้เรื่องวันหมดอายุของยาของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตดา ตรุนถนอม และคณะ (2562)¹⁴ พบว่า การตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในตำบลห้วยม อำเภอบาง จังหวัด เชียงราย อยู่ในระดับไม่เหมาะสมสูงถึงร้อยละ 90.30 และโปรแกรมนี้ไม่มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินยาให้ตรงเวลาได้นั้น อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ความหลงลืมเกิดขึ้นได้มาก ประกอบกับบางคนมีข้อจำกัดในเรื่องเครื่องมือที่ใช้ช่วยเตือนการกินยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา นัยพัฒน์ (2553)¹⁵ ศึกษา ปัญหาสุขภาพ ปัญหากรใช้ยา และพฤติกรรมกรใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุลืมรับประทานยาตรงตามเวลา

ระดับน้ำตาลในเลือด ทั้ง FBS และ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลจากโปรแกรม ซึ่งมีกิจกรรมกรออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและกระตุ้นเตือนเรื่องพฤติกรรมกรใช้ยาที่ถูกต้อง มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรใช้ยาที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นรินทรา นุตาคี, กฤษณี สระมุณี (2559)¹⁶ เรื่อง การประเมินผล การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกร ร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย เบาหวาน และความดันโลหิตสูงของ โรงพยาบาลน้ำพอง หลังการเยี่ยมบ้าน สามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ ยา และทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิก ทั้งค่าระดับ น้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตมีแนวโน้ม ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ อูไลลักษณ์ เทพวัลย์ และคณะ (2551)¹⁴ ที่พบว่า ผลของการบริหารทาง เภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เบาหวาน เดือนละ 1 ครั้งจำนวน 2 ครั้งต่อ ราย ไม่ทำให้ผลทางคลินิกทั้งระดับ FBS และ HbA1c ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน

ข้อยุติ (Conclusions)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา นี้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา มีพฤติกรรมการใช้ยา อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และทำให้ผู้สูงอายุที่ ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. หน่วยบริการด้านสุขภาพในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ควรสะท้อนข้อมูลเรื่อง

การระบุวันหมดอายุของยา บนบรรจุภัณฑ์ที่ไม่ชัดเจนและไม่เป็นภาษาไทย ไปยัง คณะกรรมการอาหารและยา เพื่อกำหนด นโยบายระดับประเทศให้บริษัทผู้ผลิตยา ปรับเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์ของยา

2. โรงพยาบาลควรสนับสนุนการใช้ ผลิตยาที่ระบุชื่อยาด้วยภาษาไทย และเพิ่ม ขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มกิจกรรมการออกเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มี ปัญหาในเรื่องการเดินทาง
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุตอนต้นที่ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในอำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัย ได้ศึกษา สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ตอนต้นที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา มีพฤติกรรมการ ใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และทำให้ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัย และให้ข้อมูลอันเป็น ประโยชน์ต่อ การ ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จและลุล่วงไป ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. **Thailandometers** [online] 2018 [cited 2019 June 14]. Available from: <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/>
2. Pongdee J, Kuhirunyaratn P. Problems and health needs of the elderly in the area of responsibility of the Muang baeng Tambon Health Promotion Hospital, Nong ya phung Sub-district, Wang sa phung District, Loei Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3(4): 561-576. [in Thai].
3. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. **Disease Control Journal** 2017; 43(4): 379-390. [in Thai].
4. Division of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **Annual Report 2015** [online] 2015 [cited 2017 May 20]. Available from: <http://www.thaincd.com/media/paper-manual/annual-report.php>
5. Chaichanawirote U, Vithayachockitikon N. Medication Use Behaviors among Older Thai Adults. **Journal of Nursing and Health Sciences** 2015; 9(1): 32-46. [in Thai].
6. Charoen R, Pakdevong N, Namvongprom A. Effects of a Knowledge Development and Family Participation Program on Health Behaviors and Glycemic Control in Older Persons with Type 2 Diabetes. **Rama Nurs J** 2010; 16(2): 279-292. [in Thai].
7. Yuichim P, Nirattharadorn M, Siriumpunkul P, Buaboon N. Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. **Journal of Public Health** 2018; 48(1): 44-56. [in Thai].
8. Thavornwattanayong W. Fundamental knowledge and skills for family pharmacy. **Veridian E- Journal** 2016; 3(4): 44-61. [in Thai].
9. Saendaeng N, Potisupsuk C. Effect of Drug use Behaviors Promotion Program in Elderly Patients with Non-Communicable diseases Khemarat District Ubonratchatani Province.

- Journal of Nursing and Health Care** 2018; 36(3): 33-40. [in Thai].
10. Chirawatkul A. **Statistics for Health Science Research**. 3rd ed. Bangkok: Wittayaphat Company; 2015.
11. Rachaniyom S, Saramunee K. Family Pharmacist's Management of Drug Related Problems for Chronic Diseases at Patient's in Home, Kranuan District Health Network. **Thai Journal of Pharmacy Practice** 2016; 8(1): 169-181. [in Thai].
12. Suparakjinda T. **Knowledge and medication consuming behavior in older persons, Sunpuloei subdistrict, Doisaket district, Chiangmai province**. Paper presented at the Payap University Research Symposium 2011; 2011 Feb 16; Chiang Mai, Thailand. [in Thai].
13. Debavalya U, Moolasarn S, Crossarum J, Samangri K, Yenwijitsopa A, Jaipen P. The Impacts of Home Care Pharmacy Services in Diabetic Patients. **Thai Journal of Hospital Pharmacy** 2008; 18(1): 39-51. [in Thai].
14. Darunthanom W, Utaipiboon C, Tangchitphisut P. Medication Use Adherence and Behaviors among Elderly Patients with Chronic Diseases in Tambom Hua Ngom, Phan District, Chiang Rai Province. **Chiangrai Medical Journal** 2019; 11(1): 19-27. [in Thai].
15. Naiyapatana W. Health Problems, Medicine - Used Problems, and Medicine - used Behaviors among Elderly in the Community of Phramongkutklao Hospital Personnel's Residence. **Journal of Nursing and Education** 2010; 3(1): 2-14. [in Thai].
16. Nutadee N, Saramunee K. Evaluation of Home Visits by Multidisciplinary Team with Pharmacist involvement to Manage Drug Related Problems in Diabetic and Hypertensive Patients at Nampong Hospital, Khon Kaen. **Thai Journal of Pharmacy Practice** 2016; 8(1). 206-216. [in Thai].

ผลการบริการสุขภาพจิต ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

พุทธรักษ์ ดีสิน*, ณัฐกฤตา ทุมวงศ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว รูปแบบบริการประกอบด้วย การวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง, การปฏิบัติโดยการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษา, การบริการคัดกรองและให้คำปรึกษาในผู้ถูกกักตัวทั้งหมด ในเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2563 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ได้รับการประเมินความเครียด ซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์, การทดสอบพรีดแมนต์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.70 ในวันที่ 1 และ 7 มีระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 44.20 ระดับคะแนนซึมเศร้าที่ผิดปกติ ในวันที่ 1 ร้อยละ 48.30 วันที่ 7 ร้อยละ 68.00 และลดลงในวันที่ 14 คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่พบในวันแรก พบร้อยละ 50 ในวันที่ 7 และลดลงเหลือ ร้อยละ 12.50 ในวันที่ 14 ทั้งนี้ความเครียด ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การบริการสุขภาพจิต, โคโรนาไวรัส 2019, กลุ่มกักตัว

* โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

**สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

Corresponding Author: Natkrita Thumwong, Email: wwanjai@hotmail.com

Received 20/05/2020

Revised 25/06/2020

Accepted 24/07/2020

**MENTAL HEALTH SERVICES AMONG CORONAVIRUS-2019
RISK GROUP AT STATE QUARANTINE THAKHANTHO DISTRICT
KALASIN PROVINCE**

Puttarak Deesin, Natkritt Thumwong***

The action research for evaluated result of mental health service model for the quarantined coronavirus-2019 risks group. The mental health service model such as Planned with relevant multidisciplinary practices, implemented by development the potential counselor, actioned in all people at state quarantine between March - April 2020. 154 samples were recruited, data collected by telephone interviewed, assessed of stress, depression, and suicide risks. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Friedman test.

59.70% of sample are female, in day 1 and 7, 44.20% had moderate stress. Abnormal depression score, 48.30 % at day 1, 68.00% at day7 and decreased at day 14. On day one, not found of suicide risk, 50.00% showed suicide risk at day 7 and decreased to 12.50% at day 14. The stress, depression and suicide scores based on time were statistically different.

Keyword: mental health service, coronavirus-2019, state quarantine

* Thakuntho hospital, Kalasin province

** Kalasin public health office

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โคโรนาไวรัส เป็นเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและนก ถูกพบครั้งแรกในประมาณ ปี ค.ศ. 1960¹ และมีการค้นพบสายพันธุ์ใหม่เรื่อยมาจนในปี ค.ศ. 2019 มีการตรวจพบการเจ็บป่วยในมนุษย์ ด้วยโคโรนาไวรัส 2019 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ทำลายระบบสุขภาพทั่วโลก² มีรายงานผู้ติดเชื้อครั้งแรกของโลกที่ประเทศจีน ประมาณเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019³ ประกาศให้เป็นโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ ในเดือน มกราคม ค.ศ. 2020 ด้วยการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วจึงประกาศเป็นโรคระบาดทั่วโลกในอีกสองเดือนถัดมา⁴ โดยในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนในเดือนมกราคม ค.ศ. 2020 จากนั้นพบสถานการณ์การระบาดในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ กลุ่มผู้สัมผัส และกลุ่มคนใกล้ชิด จนกระทั่งมีการระบาดเป็นวงกว้าง โดยประเทศไทยได้ประกาศให้โคโรนาไวรัส 2019 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563⁵ มีการบริหารจัดการโรคระบาดอุบัติใหม่ที่มีผลกระทบรุนแรงและการระบาดที่ยากต่อการควบคุม ด้วยการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน⁶

โคโรนาไวรัส เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ทางอากาศ ส่งผลให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็ว และกระจายไปทั่วโลก² ด้วยโคโรนาไวรัส

2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ ผู้ติดเชื้อบางรายไม่แสดงอาการ บางรายไอ หายใจหอบ และมีโอกาสเสียชีวิตได้⁷ การไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ และการจัดการกับโรคระบาดสร้างความตื่นตระหนกทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย⁸ ภาวะสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบจากการระบาด แสดงออกถึงภาวะตื่นตระหนกจากการได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง⁹ ทั้งนี้พบว่า มีความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า ประมาณ ร้อยละ 16-28 เกิดความเครียด ร้อยละ 8¹⁰ การศึกษาในประเทศจีน ที่พบผู้ป่วยในระยะแรกของการระบาด พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบที่ต้องกักตัว มีระดับความเครียดปานกลางถึงมาก ประมาณร้อยละ 8.10 มีความระดับความซึมเศร้าปานกลางถึงมาก เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 16.50 และวิตกกังวลระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 28.80¹¹ และยังพบว่าประชาชนกว่า ร้อยละ 50 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค^{12,13}

อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคำสั่งจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ให้สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด และนโยบายระดับประเทศ โดยในพื้นที่มีข้อกำหนดให้ บุคคลที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัดทุกจังหวัด ต้องกักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน ด้วยเป็นมาตรการใหม่ ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจของกลุ่มเสี่ยง ความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และ

สังคมที่กังวลเกี่ยวกับการระบาดของโรค² ที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจในระหว่างการกักตัว จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบริการด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง เพื่อวางแผนการให้บริการด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอุบัติใหม่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการบริการด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงโคโรนาไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว

วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา

ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพจิต ใช้วิธีการให้บริการทางโทรศัพท์ เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อสำหรับผู้รับบริการและให้บริการ โดยยึดหลักการปฐมพยาบาลทางใจ ของกรมสุขภาพจิต³ ดังนี้ คือ 1) สอดส่อง มองหา ในวันแรกของการกักตัว ทำการประเมิน ระดับความเครียด ความซึมเศร้า ทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินความต้องการการได้รับการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่ถูกกักตัว 2) ใส่ใจรับฟัง โดยเริ่มต้นพูดคุยด้วยการแนะนำตนเอง, รับฟังด้วยความตั้งใจ, ยอมรับในความรู้สึกของผู้พูด, ช่วยบรรเทาความทุกข์ใจ, พูดคุย

เกี่ยวกับความต้องการและความกังวล และหาวิธีในการช่วยเหลือ โดยยึดตามบริบทและความสามารถของผู้รับบริการ โดยบริการทางโทรศัพท์ มุ่งเน้น การฟังอย่างตั้งใจ โดยมีเทคนิค การพูดซ้ำ ๆ ซักๆ สงบ น้ำเสียงอบอุ่น มีคำพูดที่แสดงออกถึงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้รับบริการ ลดความกังวล โดยการค้นหาสิ่งที่ผู้รับบริการสามารถทำได้ ในขณะนั้น เช่น เทคนิคการหายใจ เป็นต้น และ 3) ส่งต่อ เชื่อมโยง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่เหมาะสม การปฐมพยาบาลทางใจทางโทรศัพท์ ใช้ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ที่ผ่านการอบรม และผ่านการทดสอบว่ามีความสามารถเท่าเทียมกันในการดำเนินการ โดยระยะเวลาในการปฐมพยาบาลทางจิตใจแต่ละครั้ง ครั้งละประมาณ 30-45 นาที ในวันที่ 1 และวันที่ 7 ของการกักตัว

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระยะที่ 1 การระดมความคิดเห็นในที่มระดับวิทยา ทีมดูแลผู้ป่วย และทีมชุมชน ในการออกแบบการจัดการด้านสุขภาพจิต การส่งต่อข้อมูลสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวของศูนย์ประสานสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ระยะที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบประจำตำบล ระยะที่ 3 ดำเนินการปฏิบัติการตาม

แผนการ และระยะที่ 4 สรุปผลการดำเนินการ วิเคราะห์โอกาสพัฒนา

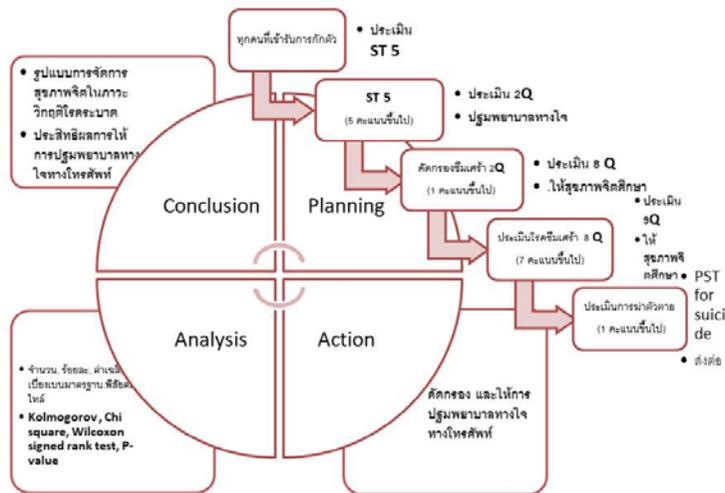
ประชากรศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงต่อการ ติดเชื้อ โควิดนาไวรัส 2019 ที่เดินทางกลับมา จากต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ และต้อง กักตัว จำนวน 14 วัน ตามประกาศจังหวัด กาศสินธุ์ ในระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 154 คน ขอความ ยินยอมทางวาจา และสมัครใจ โดยได้รับการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาศสินธุ์ เลขที่ KLS RE.056 ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) เครื่องมือประเมิน ความเครียด (ST-5; Cornbrash's alpha coefficient 0.87)¹⁴ สำหรับทุกคนที่กักตัว

3) ใช้แบบคัดกรองซึมเศร้า (2Q; sensitivity 96.50%, specificity 44.60%)¹⁵ สำหรับผู้ที่มี คะแนน ST-5 5 คะแนนขึ้นไป 4) แบบประเมิน โรคซึมเศร้า (9Q; sensitivity 75.68%, specificity 92.85%)¹⁶ สำหรับผู้ที่มีคะแนน 2Q 1 คะแนนขึ้นไป และ 5) แบบประเมินการฆ่า ตัวตาย (8Q; Cornbrash's alpha coefficient 0.90)¹⁷ สำหรับผู้ที่มีคะแนน 9Q 7คะแนนขึ้นไป ในวันที่ 1,7 และวันที่ 14

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการ สัมภาษณ์ทาง โทรศัพท์บ้าน ที่กลงใน แบบสอบถามโดยผู้สัมภาษณ์ บันทึกข้อมูล เข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยวิธี Data Double entry

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, พิสัยควอไทล์, ไคสแควร์, วิวคอกซอลไฮต์แรงค์เทส



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 154 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.70 มีอายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 60.40 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 87.00 (ตารางที่ 1)

ระดับความเครียดในวันที่ 1 ของการกักตัว มีความเครียดระดับปานกลาง (5-7

คะแนน) ร้อยละ 44.20 ระดับสูง (8-9 คะแนน) ร้อยละ 12.30 ในวันที่ 7 ของการกักตัว ความเครียดระดับสูง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.50 และไม่พบความเครียดระดับสูง ในวันสุดท้ายของการกักตัว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	62	40.30
	หญิง	92	59.70
อายุ	15-24	29	18.80
	25-44	93	60.40
	45-59	26	16.90
	60 ปีขึ้นไป	6	3.90
	อาชีพ	เกษตรกร	2
	รับจ้าง	134	87.00
	รับราชการ	3	1.90
	นักเรียน	6	3.90
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8	5.20
	ค้าขาย	1	0.60

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความเครียด

ระดับคะแนน	day 1		day 7		day 14	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย						
(0-4 คะแนน)	67	43.50	59	38.30	113	73.40
ปานกลาง						
(5-7 คะแนน)	68	44.20	68	44.20	41	26.60
สูง						
(8-9 คะแนน)	19	12.30	27	17.50	0	0.00

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป ทั้งหมด 87 คน เมื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ปกติ 45 คน (ร้อยละ 51.70) และ ผิดปกติ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 48.30) เมื่อวันที่ 7 พบว่า

จำนวนผู้มีระดับคะแนนซึมเศร้าที่ผิดปกติเพิ่มขึ้นเป็น 65 คน (ร้อยละ 68.00) และในวันที่ 14 ลดลง คงเหลือเพียง 16 คน (ร้อยละ 39.00) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนซึมเศร้า

ระดับคะแนน	day 1		day 7		day 14	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 7 คะแนน	45	51.70	31	32.00	25	61.00
7-12 คะแนน	42	48.30	66	68.00	16	39.00

โดยเมื่อนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนซึมเศร้าผิดปกติ ประเมินต่อด้วยเครื่องมือวัดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ปกติ

ทั้งหมดในวันที่ 1 และในวันที่ 7 มีความผิดปกติ ร้อยละ 50 ลดลง ในวันที่ 14 ร้อยละ 12.50 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ระดับคะแนน	day 1 (n=41)		day 7 (n=68)		day 14 (n=16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	41	100	34	50.00	14	87.50
1-8 คะแนน	0	0	34	50.00	2	12.50

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนด้วยสถิติ ฟรیدแมนต์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ซึมเศร้า และความเสี่ยง

ต่อการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแตกต่างของคะแนน

ตัวแปร	Day 1		Day 7		Day 14		Fried man test
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
ความเครียด	5.110	1.806	5.330	2.058	3.660	1.243	128.447***
ซึมเศร้า	5.950	2.053	6.840	1.175	5.950	1.432	9.674**
ฆ่าตัวตาย	0	0	1.130	1.246	6.000	1.604	28.00***

***P-value <0.001, ** P-value <0.01

วิจารณ์ (Discussions)

ระดับความเครียดของผู้ที่ต้องกักตัวจำนวน 14 วัน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท มีระดับความเครียดมากที่สุด ในระดับปานกลาง มากกว่า ร้อยละ 40 และระดับสูงมากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผู้ได้รับผลกระทบในประเทศจีน ที่มีระดับความเครียดในระดับปานกลางถึงสูงประมาณ ร้อยละ 50¹⁰⁻¹³ โดยปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค ที่ไม่มียาในการรักษา และมีความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน¹¹ ทั้งนี้ ความวิตกกังวลในเรื่องของการขาดรายได้ ภาวะเศรษฐกิจเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่ได้รับการกักตัวจากโรคระบาดร้ายแรงอุบัติใหม่ทั่วโลก¹⁸ รวมถึงในสถานการณ์การระบาดครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขอีกด้วย¹⁹

เมื่อบุคคลเกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า¹⁷ โดยพบว่า มีระดับซึมเศร้าผิดปกติ ร้อยละ 48.30 และในวันที่ 7 ระดับความเครียดเพิ่มมากขึ้น ระดับความซึมเศร้าจึงเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 68.00 และเมื่อครบ 14 วัน ความเครียดลดลง ระดับความซึมเศร้าที่ผิดปกติลดลง เหลือเพียง ร้อยละ 39.00 ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่บุคคลมีความเครียดซึมเศร้า เป็นปัจจัยสำคัญในการมีความคิดในการฆ่าตัวตาย^{20,21} ซึ่งความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 50.00 ในวันที่ 7 ของการกักตัว และพบว่า ลดลงเมื่อระดับความซึมเศร้าลดลง ในวันที่ 14 ร้อยละ 12.50

การให้บริการทางโทรศัพท์ เป็นข้อเสนอแนะในหลายประเทศในการให้การดูแลด้านจิตใจ สำหรับผู้รับบริการที่ต้องกักตัวจากการเกิดโรคระบาดอุบัติใหม่¹³ ซึ่งผู้ที่ถูกกักตัว

ต่างมีความต้องการในการดูแลในภาวะเครียด ซึมเศร้า และการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใน 28 รายงานการวิจัย ที่พบว่า การให้บริการอย่างครบถ้วนในด้านจิตใจ สามารถลดความรุนแรงและลดการสูญเสียจากการฆ่าตัวตาย¹⁸

การปฐมพยาบาลด้านจิตใจเป็นแนวทางในการดูแลสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะตื่นตระหนก วิตกกังวลในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ช่วยผ่อนคลาย ความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า และความเสียหายในการฆ่าตัวตาย ซึ่งถูกนำมาใช้ในภาวะสงคราม²² และเหตุการณ์ภัยพิบัติรุนแรงทางธรรมชาติ เช่น ซึนามิ เป็นต้น²³ ในสถานการณ์โรคระบาดอุบัติใหม่ที่ได้รับผลกระทบต่างตื่นตระหนก²⁴ จึงถูกแนะนำเป็นแนวทางในการดูแลจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบทั่วโลก²⁵ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่ถูกกักตัว 14 วัน ไม่มีภาวะทางจิตที่รุนแรง และ ไม่ได้รับผลกระทบที่เป็นอันตรายร้ายแรง

ข้อยุติ (Conclusions)

รูปแบบการบริการด้านสุขภาพจิตชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว เป็นแนวทางในการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบวิกฤตด้านโรคระบาดอุบัติใหม่ ซึ่งการคัดกรองครอบคลุม ทั้งระดับความเครียด ซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย สามารถนำสู่การวางแผนในการป้องกันและแก้ไข

เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ในกระบวนการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยยึดแนวทางการปฐมพยาบาลทางจิตใจ เพื่อผ่อนคลายความตระหนก จากการเผชิญความเปลี่ยนแปลง และความไม่มั่นคงทางจิตใจระหว่างการกักตัว 14 วัน ในวันที่ 1, 7 และวันที่ 14 มีความเพียงพอและเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติ ที่เป็นผลดีในการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ในสถานการณ์ที่มีโรคระบาดอุบัติใหม่ ควรมีนโยบายในการสนับสนุนในด้านเทคโนโลยี เพื่อใช้ในการบริการด้านจิตใจเพิ่มขึ้น และครอบคลุมในทุกพื้นที่การบริการ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางและนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริการเพื่อให้ง่ายและมีประสิทธิภาพที่ดีในการนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลด้านจิตใจสำหรับกลุ่มที่เกิดวิกฤตด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมของทีมผู้ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดทักษะการฟังที่ดี และการมีแนวทางในการส่งต่อกรณีที่ยู้งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การปฐมพยาบาลด้านจิตใจถูกนำมาใช้ในสถานการณ์วิกฤตรุนแรง ทั้งสงครามภัยพิบัติทางธรรมชาติ ความรุนแรงทางการเมือง เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการ

ปฐมพยาบาลในกลุ่มเสี่ยงต่อโคโรนาไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว ในรูปแบบที่เปลี่ยนไป คือ การให้บริการทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถป้องกัน ไม่ให้เกิดความรุนแรงได้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kashn JS, Mcintosh K. History and recent advance in coronavirus discovery. *The pediatric infectious diseases journal* 2005; 24(11): 223-227.
2. World Health Organization [WHO] . **Coronavirus disease (COVID- 19) pandemic** [online] 2019 [cited 2020 July 1]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. World Health Organization [WHO] . **Statement on the second meeting of the international health regulations (2 0 0 5) Emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2 0 1 9 - nCov)** [online] 2019 [cited 2020 July 20]. Available from: <https://web.archive.org/web/20200131005904/https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations->

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อำเภอท่าคันโท ในการประสานงาน และ ส่งต่อข้อมูลเพื่อการบริหารอย่างครอบคลุม

- (2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)
4. Gardner L. **Mapping 2019- nCoV** [online] 2020 [cited 2020 July 11]. Available from: <https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/>.
5. Royal Thai Government Gazette. **Announcement of the Ministry of Public Health.** [online] 2020 [cited 2020 July 13]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF.
6. Royal Thai Government Gazette. **Official Statement of the Office of the Prime Minister RE : Declaration of an Emergency Situation pursuant to the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B. E. 2005** [online] 2020 [cited 2020 July 13]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/024/T_0001.PDF.

7. Centers for Diseases Control and Prevention. **Symptoms of Coronavirus** [online] 2020 [cited 2020 July 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>.
8. Department of Mental Health. **Knowledge of mental health care in the outbreak situation** [online] 2020 [cited 2020 July 10]. Available from: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=36>.
9. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. **The New England Journal of Medicine** 2020; 383(6): 510-512.
10. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the psychiatry literature. **Asian Journal of Psychiatry** 2020; 52: 1-5.
11. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Corona disease (COVID -19) epidemic among the general population in China. **International Journal of environmental research and public health** 2020; 17(5): 1-5.
12. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The lancet psychiatry** 2020; 7(4):17-18.
13. Xiao C, A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19) related psychological and mental problems: structure letter therapy. **Psychiatry investigation** 2020; 17(2): 175-176.
14. Silpakit O. Srithanya stress scale. **Journal of Mental Health of Thailand** 2008; 16(3): 177-85. [in Thai].
15. Arunpongpaisal S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. **Asian J Psychiatr** 2009; 2: 149-52.
16. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-Related validity of the 9 questions depression rating scale revised of Thai central dialect. **Journal Psychiatry Association Thailand** 2018; 63 (4) : 321- 334. [in Thai].

17. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. **WHO South-East Asia J Public Health** 2017; 6: 34–8.
18. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greemberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet** 2020; 395: 912-920.
19. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **Lancet** 2020; 7:1-2.
20. Warapani P, Bamrauras S, Sukaw S, Factor of attempted suicide Kong Krai Rat district, Sukhothai province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2013; 1(1): 70-78. [in Thai].
21. Marin N, Ketsomboon P, Sunakkarat K. Evaluation of the suicide prevention among people with high risk of suicide Wiang Chiang Rung district, Chiang Rai province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2014; 2(1): 37-44. [in Thai].
22. World Health Organization. **Psychological first aid: Guide for firework** [online] 2011 [cited 2020 July 10]. Available from: https://www.who.int/mentalhealth/publications/guide_field_workers/en/.
23. World Health Organization [WHO]. **Mental health assistance to the populations affected by the Tsunami in Asia** [online] 2015 [cited 2020 July 10]. Available from: <https://www.who.int/wer/2015/wer9020.pdf>.
24. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek D. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target population. **Wiley public health emergency collection** 2020; 74(4): 281-282.
25. Psychosocial center. **Remote Psychological First Aid during the COVID-19 outbreak** [online] 2020 [cited 2020 July 20]. Available from: <http://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Remote-Psychological-First-Aid-during-COVID19.pdf>

พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ความเครียดและการเผชิญความเครียด ในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในจังหวัดอำนาจเจริญ

บุศณี มุจรินทร์*, ประเสริฐ ประสมรักษ์**, สำราญ เหล็กงาม*

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และ ความเครียดและการเผชิญความเครียดจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของในประชาชนที่มีลักษณะความเสี่ยงแตกต่างกัน ในจังหวัดอำนาจเจริญ สุ่มตัวอย่างแบบหลาย ขั้นตอน จำนวน 322 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2563 ด้วยแบบสอบถาม ออนไลน์ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันตนเอง และการเผชิญความเครียด มีค่าความเชื่อมั่น .86 และ .85 ตามลำดับ และแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ST-5) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Independent Sample T-test, One-Way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.4 มีอายุระหว่าง 40-54 ปี ร้อยละ 46.4 สมรสแล้ว ร้อยละ 72.6 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 80.7 ประชาชนมี อุปกรณ์ป้องกันตนเองเพียงพอ มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อดี มีความเครียดเล็กน้อย สามารถเผชิญความเครียดได้ดี โดยในประชาชนที่มีลักษณะความเสี่ยงแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยความเครียด และการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, ความเครียด, การเผชิญความเครียด, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

** มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Corresponding Author: Prasert Prasomruk, Email: prasert.pra@mahidol.edu

Received 20/07/2020

Revised 24/08/2020

Accepted 25/09/2020

PREVENTION BEHAVIORS, STRESS AND COPING DURING CORONA VIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) PANDEMIC IN AMNATCHAROEN PROVINCE

Boodsanee Mujarin, Prasert Prasomruk**, Sumran Lhekgnam**

ABSTRACT

This cross-sectional research aimed to study prevention behaviors, stress and stress coping during Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic among people who took the different risk situation at Amnatcharoen province. The 332 sample and cluster sampling were used. The data were collected during April to June 2020 by using online questionnaire about prevention behaviors, stress and stress coping with .86 and .85 confidential level, respectively. The stress Test Questionnaire (ST-5) (Thai version) was also used in this work. Descriptive statistics, Independent Sample T-test, One-Way ANOVA were used for data analysis.

The results showed that a majority were woman (68.4%) with aged 40-54 years (46.4%), marriage status (72.6%) and graduated below bachelor degree (80.7%). The people in risk group had sufficient personal protective equipment, a good level of prevention behaviors, mild stress level and a good level of stress coping. The average value of stress and stress coping were not different among people in risk group in various different.

Keywords: Prevention Behaviors, Stress, Coping, COVID-19

*Amnatcharoen Provincial of Public Health Office

**Amnatcharoen Campus, Mahidol University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563¹ ขณะที่มียุโรป่วยผู้ป่วย 7,818 ราย จาก 19 ประเทศ² ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกยกระดับเป็นการระบาดทั่วโลก เนื่องจากมียุโรป่วยติดเชื้อ 121,000 คน และเสียชีวิตไปกว่า 4,300 คน³ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยัน 3,129 ราย รักษาหายและแพทย์ให้กลับบ้าน 2,987 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 58 ราย⁴ จังหวัดอำนาจเจริญ พบผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย ไม่มีอาการรุนแรง และรักษาหายแล้ว ทั้ง 2 ราย เป็นการติดเชื้อจากนอกพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดต่างประเทศที่ได้รับการกักตัวที่บ้าน 162 ราย ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงภายในประเทศที่ได้รับการกักตัวที่บ้าน 17,161 ราย⁵

วิกฤตดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั่วโลกทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและการเมือง เนื่องจากโรคมีความรุนแรงและแพร่ระบาดได้ง่าย จนนำมาสู่การประกาศข้อกำหนดแห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ทำให้มีการจำกัดการเดินทางระหว่างจังหวัด ระหว่างประเทศ การทำงาน ส่งผลกระทบต่อความไม่มั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบกับมีการ

ส่งต่อข้อมูลในสื่อดิจิทัล ทั้งข้อมูลจริงและข้อมูลเท็จที่รวดเร็วจนยากที่จะควบคุม ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ถูกกักกันแยกโรค และผู้ติดเชื้อ เกิดความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง ครอบครัว จนนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้^{6,7} ในประเทศเยอรมันนี้ พบประชาชนมีความกังวลต่อการติดเชื้อเมื่อต้องใช้ระบบขนส่งสาธารณะ ร้านค้า ร้านอาหาร⁸ ในประเทศจีนพบความชุกโรคซึมเศร้าร้อยละ 50.7 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 44.7 นอนไม่หลับร้อยละ 36.1 และภาวะเครียดร้อยละ 73.4⁹

การเผชิญความเครียดและการจัดการกับความเครียด มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และแตกต่างกันตามผลการตรวจพบผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{7,10} ได้แก่ 1) แสวงหาข้อมูลสถานการณ์และป้องกันตนเอง และส่งต่อข้อมูล⁷ 2) จัดการกับอารมณ์^{7,8} และ 3) มุ่งแก้ปัญหาโดยการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน เพิ่มความระมัดระวัง⁷ รับฟังคำแนะนำข้อปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ รับรู้ความจำเป็นในการกักตัว⁹ ใช้โปรแกรมจัดการสุขภาพจิตออนไลน์⁹

ตลอดช่วงของการระบาดของโรคฯ รัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดที่เข้มข้น จนนำมาสู่การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน และได้ออกมาตรการเยียวยาประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะสั้น และระยะยาว อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษา

เกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชน และเปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของลักษณะความเสี่ยง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการกำหนดแนวปฏิบัติในการเยียวยาทางด้านจิตใจต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของประชาชน ในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและการเผชิญความเครียดของประชาชนที่มีลักษณะความเสี่ยงแตกต่างกัน

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้ โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 1/2563

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่างศึกษาในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งที่อาศัยอยู่เดิม กลุ่มที่กลับจังหวัดพื้นที่เสี่ยงรวม จำนวน 311,286 คน (เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นประชาชนทั้งชายและหญิง อายุ

15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในจังหวัดอำนาจเจริญ ทั้งที่ผู้ที่ย้ายอยู่เดิมและกลุ่มประชาชนที่เพิ่งกลับจากกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และต่างจังหวัดเพื่อกลับภูมิลำเนาพักในจังหวัดอำนาจเจริญในช่วงที่ศึกษาเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่เดินทางไปกลับจากจังหวัดอื่นเพื่อทำงานในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้เรื่องโทรศัพท์มือถือ (ปัญหาการพิมพ์ผ่านสมาร์ทโฟน) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบประชากร แทนค่า $Z_{\alpha/2}$ ด้วย 1.96 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 แทนค่า P ด้วยพฤติกรรมกำบังตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.94¹¹ ได้ขนาดตัวอย่าง 347 สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ 1) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ตามสัดส่วนของประชากร (Proportional Stratified Random Sampling) ในระดับอำเภอทั้ง 7 อำเภอ ได้ขนาดตัวอย่างอำเภอเมือง 121 อำเภอชานุมาน 37 คน อำเภอปทุมราชวงศา 47 คน อำเภอพนา 26 คน อำเภอเสนางคนิคม 38 คน อำเภอหัวตะพาน 46 คน และอำเภอลืออำนาจ 34 คน 2) สุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการสุ่มอย่างง่าย 3) อสม. สุ่มจับฉลากครัวเรือนที่รับผิดชอบ 1 ครัวเรือน และ 4) สุ่มอย่างง่ายจากสมาชิกในครัวเรือนที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563 ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2) พฤติกรรมการป้องกันตนเองในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ป้องกันตนเองระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และ ระดับดี และ 3) การเผชิญความเครียด ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การมุ่งแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึก จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วน แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ เผชิญความเครียดได้น้อย ปานกลาง และดี ซึ่งมีค่าความตรงเท่ากับ 0.89 และค่าความเที่ยงของส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .86 และ .85 ตามลำดับ

ร่วมกับใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ด้วย google form โดยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายที่มีสมาธิ์โฟนตอบ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Independent Sample T-Test และ One-Way ANOVA

ผลการศึกษา (Results)

อัตราตอบกลับเท่ากับร้อยละ 95.7 95.7 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.4 มีอายุระหว่าง 40-54 ปี ร้อยละ 46.4 สมรสแล้ว ร้อยละ 72.6 จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 80.7 เป็นประชาชนแข็งแรงทั่วไป ร้อยละ 79.8 รองลงมาคือ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 14.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละลักษณะความเสี่ยงของประชาชน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดอำนาจเจริญ (n=332)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ประชาชนแข็งแรงทั่วไป	265	79.8
ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ	48	14.5
เคยถูกกักกัน/เฝ้าระวังจากเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง/สัมผัสผู้ติดเชื้อ	14	4.2
ผู้ที่ถูกกักกันตัว /เฝ้าระวังจากเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง	5	1.5

1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
 1.1 การปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภาพรวมระดับการปฏิบัติตัวใน

การป้องกันตนเองในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ป้องกันตนเองในระดับดี ร้อยละ 69.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ (n=332)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ป้องกันตนเองดี	230	69.3
ป้องกันตนเองปานกลาง	100	30.1
ป้องกันตนเองไม่ดี	2	0.6

1.2 การแสวงหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองของประชาชน ความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ส่วนใหญ่มีเพียงพอ โดยเฉพาะหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า ร้อยละ 74.1 และไม่มีคนที่ไม่สนใจในการหาหน้ากากอนามัยมาใช้ในการป้องกันตนเอง รองลงมาคือ น้ำยาทำ

ความสะอาดพื้น ใต้ฯ อุปกรณ์ภายในบ้าน และเจลแอลกอฮอล์/สเปรย์แอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.2 และ 59.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ในส่วนของอาหารเสริม และยาเม็ดฟ้าทลายใจ/ขมิ้นชัน เป็นสิ่งที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่สนใจมากที่สุด ร้อยละ 17.5 และ 16.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของการมีและความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดอำนาจเจริญ (n=332)

อุปกรณ์	ได้		หาแต่ไม่ได้	ไม่สนใจ
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ		
1. หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า	246(74.1)	28(25.3)	2(0.6)	0(0.0)
2. เจลแอลกอฮอล์/สเปรย์แอลกอฮอล์	196(59.0)	124(37.3)	9(2.7)	3(0.9)
3. น้ำยาทำความสะอาดพื้น อุปกรณ์ภายในบ้าน	200(60.2)	102(30.7)	10(3.0)	20(6.0)
4. ถุงมือยาง	131(39.5)	135(40.7)	22(6.6)	44(13.3)
5. หน้ากาก Face Shield	147(44.3)	99(29.8)	36(10.8)	50(15.1)
6. ยาเม็ดฟ้าทลายใจ/ขมิ้นชัน	117(35.2)	123(37.0)	39(11.7)	53(16.0)
7. อาหารเสริม (เช่น วิตามินซี ยาบำรุงกำลัง)	148(44.6)	107(32.2)	29(5.7)	58(17.5)

2. ความเครียดและการเผชิญความเครียด ประชาชนมีความเครียดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 68.7 รองลงมาคือ ระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 26.5 และมีระดับการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ (n=332)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด		
เล็กน้อย	228	68.7
ปานกลาง	88	26.5
มาก	3	0.9
มากที่สุด	13	3.9
ระดับการเผชิญความเครียด		
ดี	208	62.7
ปานกลาง	123	37.0
น้อย	1	0.3

3. เปรียบเทียบระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดกับลักษณะความเสี่ยง

ระดับความเครียดของประชาชนที่มีลักษณะความเสี่ยงต่างกัน ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดน้อย แต่กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง มีความเครียดปานกลางสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ส่วนกลุ่มผู้ที่ถูกกักตัว มีความเครียดระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 14.3 ส่วนการเผชิญความเครียด

ส่วนใหญ่เผชิญความเครียดได้น้อย ยกเว้นกลุ่มที่เคยถูกกักกัน ส่วนใหญ่จะสามารถเผชิญความเครียดได้ปานกลาง ร้อยละ 80.0 จากการเปรียบเทียบระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดในประชาชนที่มีลักษณะความเสี่ยงที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความเครียด และการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความเครียดและการเผชิญความเครียดในประชาชนตามลักษณะความเสี่ยง (n=332)

ตัวแปร	ลักษณะความเสี่ยง (จำนวน (ร้อยละ))				p-value
	ประชาชนทั่วไป	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	เคยถูกกักกัน	ผู้ที่ถูกกักกันตัว	
ความเครียด					.694
เล็กน้อย	185 (69.8)	28 (58.3)	4 (80.0)	11 (78.6)	
ปานกลาง	67 (25.3)	19 (39.6)	1 (20.0)	1 (7.1)	
มาก	2 (0.8)	1 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
มากที่สุด	11 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (14.3)	
การเผชิญความเครียด					.201
ดี	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ปานกลาง	98 (37.0)	16 (33.3)	4 (80.0)	5 (35.7)	
น้อย	166 (62.6)	32 (66.7)	1 (20.0)	9 (64.3)	

วิจารณ์ (Discussions)

1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ภาพรวมระดับพฤติกรรมป้องกันตนเอง ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่พฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.3 แต่ร้อยละ 30.1 ยังมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ทั้งนี้แม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นผู้ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วย หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงก็ตาม ทั้งนี้งานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีผลตรวจเป็นบวก จะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีผลตรวจเป็นบวกระหว่าง 1.48-2.52 เท่า¹² จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า

ยังคงมีความจำเป็นต้องจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ ความตระหนักในการป้องกันตนเองให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อระลอกใหม่ โดยสิ่งที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในระดับดี ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน และรับประทานอาหารร้อน ปิ้งสุกใหม่ๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) กระทรวงสาธารณสุข มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องทุกช่องทาง แต่เมื่อมีโอกาสเข้าข่ายสงสัยประชาชนจะเลือกไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข ในระดับน้อยเท่านั้น ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก

ความกลัวต่อการถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อ และยังมีความกังวลต่อผลการรักษาที่ยังพบ ผู้เสียชีวิตในอัตราที่สูงทั่วโลก และอาจรวมถึง ข้อกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจ และการรักษาที่มีราคาสูง ซึ่งพบว่า มีสื่อที่น่าเสนอ ผู้รับบริการบางรายที่ไปรับบริการตรวจแล้ว ต้องจ่ายค่าบริการเอง แม้ ศบค. จะชี้แจงว่า จะได้รับการตรวจรักษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

2. ระดับความเครียด ส่วนใหญ่มีความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคฯ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.9 มีเพียงร้อยละ 11.4 ที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาของ Liu S, et al.⁹ ที่ศึกษาในประเทศจีนพบว่า ประชาชนมีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 44.7 นอนไม่หลับ ร้อยละ 36.1 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V¹³ ที่พบว่า ประชาชนมีความเครียดระดับสูง โดยประชาชนร้อยละ 80 หมกมุ่นอยู่กับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค ร้อยละ 72 ต้องการถุงมือ และน้ำยาทำความสะอาด ส่วนผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.3 ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาของ Liu S, et al.⁹ ที่พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 50.7 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nicomedes CJ, Avila R.⁷ และ C.J.C. Nicomedes and R.M.A. Avila¹⁰ ที่ระบุว่า ความแตกต่างของ

สัดส่วนของประชาชนที่มีความวิตกกังวล และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อันเป็นผลจากภาวะวิกฤติจากการแพร่ระบาดของโรคฯ นั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ส่วนผลการประเมินความเครียด พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีความเครียดระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 68.7 ซึ่งน้อยกว่าผลการศึกษาในประเทศจีนของ Liu S, et al.⁹ ที่พบว่า ประชาชนมีภาวะเครียดถึง ร้อยละ 73.4

3. ระดับการเผชิญความเครียด ประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีระดับการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.7 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนยังสามารถจัดการกับความเครียดที่ได้ โดยยังไม่จำเป็นต้องพึ่งนักจิตวิทยา แม้แต่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ระบุว่า ไม่ต้องการนักจิตวิทยาในการดูแล แต่ต้องการการพักผ่อนโดยไม่มีสิ่งรบกวน และอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ¹⁴ ในขณะที่บางส่วนเลือกแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือ⁹ เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านการมุ่งแก้ปัญหาที่ค่าเฉลี่ยรวมสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา กฤติยวรรณ¹⁵ อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปทั้งประชาชนใช้วิธีการผสมผสานในการเผชิญสถานการณ์ภาวะวิกฤติ ทั้งการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึก สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสุข นิธิอุทัย และคณะ¹⁶ และ Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua

HC, Sim K¹⁷ ที่มุ่งเผชิญหน้ากับปัญหาโดยการหาทางเลือกในการแก้ไขด้วยตนเองหรือขอคำปรึกษาผู้อื่น มุ่งจัดการอารมณ์ด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม และบรรเทาความรู้สึกด้วยการหลีกเลี่ยงปัญหา และใช้วิจารณ์ญาติวิเคราะห์สถานการณ์ ส่วนการศึกษาในประเทศเยอรมันนี้ ประชาชนจะให้ความสำคัญกับการรับฟังคำแนะนำข้อปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ กักตุนอาหาร และรับรู้ถึงความจำเป็นในการกักตัว⁸ และการศึกษาของ Chen Q, et al.¹⁴ ได้ข้อสรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต ทั้งการสนับสนุนด้านที่พัก อุปกรณ์ ความรู้ มาตรการเชิงนโยบายของสถานพยาบาล การจัดการกิจกรรมคลายเครียด และการเยี่ยมให้คำปรึกษาโดยนักจิตวิทยา

4. ความแตกต่างของความเครียดและการเผชิญความเครียด ลักษณะความเสี่ยงที่แตกต่างกัน ไม่มีผลให้ค่าเฉลี่ยความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Nicomedes CJ, Avila R.^{7,10} พบว่า ความเครียดมีความแตกต่างกันตามผลการตรวจพบผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และ Yıldırım M, Güler A¹⁸ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีผลต่อความทุกข์ทรมาน และความสุข นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านอายุ เพศ⁸ เชื้อชาติ¹⁹ ที่มีผลต่อความเครียด ส่วนด้านการเผชิญความเครียดพบว่า ลักษณะความเสี่ยงที่แตกต่างกันไม่มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

ข้อยุติ (Conclusions)

ภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคฯ ยังมีประชาชนประมาณ 1 ใน 3 ที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองไม่เหมาะสม มีความเครียดระดับน้อย และสามารถเผชิญความเครียดได้ดี

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ในระยะยาวจึงควรส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันและกระจายให้ประชาชนอย่างเพียงพอ ตลอดจนมีศูนย์เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อพร้อมรับสถานการณ์การระบาดระลอกใหม่ ตลอดจนผลกระทบระยะยาว

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้นำเสนอต่อคณะกรรมการประสานงานเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปใช้วางแผนการดำเนินงานรองรับสถานการณ์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้จากหลายส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ที่ให้การสนับสนุน ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคที่ร่วมเก็บข้อมูล ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาให้ข้อมูลที่ เป็นจริง และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)** [online] 2020 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.
2. World Health Organization. **Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report – 10** [online] 2020. [cited 2020 Mar 25]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2.
3. World Health Organization. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report – 52**. [online] 2020 [cited 2020 Mar 25]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0_4.
4. Department of Disease Control, Public Health Ministry. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report for Health Worker** [online] 2020 [cited 2020 April 28]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/guidelines.php>. [in Thai].
5. Amnat Charoen Provincial Health Office. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report in Amnat Charoen Province** [online] 2020 [cited 2020 April 28]. Available from: <http://www.amno.moph.go.th/amno-new/>. [in Thai].
6. Department of Mental Health, Public Health Ministry. **COVID-19 and Mental Health**. Nonthaburi: Department of Mental Health, Public Health Ministry; 2020. [in Thai].
7. Nicomedes CJ, Avila R. An Analysis on the Panic of Filipinos During COVID-19 Pandemic in the Philippines. **Journal of Affective Disorders** 2020; 276(2020): 14–22.
8. Gerhold L. COVID-19: Risk Perception and Coping Strategies. **PsyArXiv** 2020; 1-11. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>
9. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry** 2020; 7(4): 17-18.
10. Nicomedes CJC, Avila RMA. An analysis on the panic during COVID-19 pandemic through an online form.

- Journal of Affective Disorders** 2020; 276: 14–22.
11. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. COVID- 19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related-Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception. **Arch Iran Med March** 2020; 23(4): 249-254.
12. 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. **J Med Internet Res** 2020; 22(6): 1-12.
13. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID- 19 pandemic. **Asian Journal of Psychiatry** 2020; 51: 1-2.
14. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID- 19 outbreak. **The Lancet Psychiatry** 2020; 7(4): 15-16.
15. Kittiyawan S. **Stress and Coping Strategies in Fundamental Nursing Clinical Practice of Nursing Student, Ratchathani University.** Ratchathanee University The 3rd National Conference 2018 “ Innovation that changed the global society” . At Ratchathanee University. 2018 May 25: 1309-18. [in Thai].
16. Nithiuthai S, Jinngae P, Choochom O. A Synthesis of Stress Management of Life Crisis for Older Adults. **Journal of Behavioral Science for Development** 2017; 9(2): 73-92. [in Thai].
17. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. **Singapore Med J** 2020; 61(7): 350-356.
18. Yıldırım M, Güler A. Positivity explains how COVID- 19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. **Personality and Individual Differences** 2020; 168(2021): 1-7.
19. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID- 19 pandemic. **Child Abuse & Neglect** 2020; 104699: 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>

พฤติกรรมการกระทำความผิดคดียาเสพติดของผู้ต้องขัง ในเรือนจำกลางขอนแก่น

กิตติมา อินศิริ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเสพและการจำหน่ายยาเสพติดของผู้ต้องขัง 2) เพื่อศึกษามูลเหตุจูงใจในการเสพและจำหน่ายยาเสพติดของผู้ต้องขัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องขังชายและหญิงที่กระทำความผิดคดียาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า) ซึ่งถูกควบคุมตัวในเรือนจำกลางขอนแก่น จำนวน 12 คน โดย คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ต้องขังชายและหญิงที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก (Indebt interview) วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้กระบวนการตีความ ให้ความหมาย หากความเชื่อมโยงเพื่อสร้างเป็นความรู้ความเข้าใจต่อพฤติกรรมการกระทำความผิดคดียาเสพติดของผู้ต้องขัง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุ 13 ปี ยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก ส่วนใหญ่ คือ ยาบ้า โดยได้มาจากเพื่อน และใช้ร่วมกับเพื่อน ปริมาณที่ใช้ในครั้งแรก เริ่มจากปริมาณน้อยแล้วค่อยเพิ่มปริมาณขึ้นตามต้องการ โดยใช้ระยะเวลาในการพัฒนาประมาณ 3 - 6 เดือน สถานที่ที่เสพยาครั้งแรกแล้วแต่เหตุการณ์ เช่น ห้องน้ำโรงเรียน บ้านเพื่อน ร้านอาหารหรือสถานบันเทิงขณะไปเที่ยว หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิธีการเสพครั้งแรก มีทั้งรับประทานเป็นเม็ดและดูดควัน พฤติกรรมจำหน่ายยาเสพติด พบว่า ลูกค้ารายแรกส่วนใหญ่ คือ เพื่อนในกลุ่มที่เสพยาด้วยกัน และขายจากเพื่อนสู่เพื่อน โดยวิธีปากต่อปากเหมือนระบบขายตรง ปริมาณที่จำหน่าย ในรายย่อย เช่น จำหน่ายในกลุ่มนักเรียนเริ่มจากปริมาณน้อย แล้วค่อยเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ ในรายใหญ่จะเริ่มจากปริมาณที่มากตั้งแต่ครั้งแรกๆ ที่จำหน่าย มูลเหตุจูงใจในการเสพยาเสพติดพบว่า ต้องการคลายเครียด ต้องการให้ตัวเองสดชื่นคึกคัก ต้องการให้มีอารมณ์ทางเพศเพิ่มขึ้น ต้องการประชดแค้น เพื่อนชวนและอยากลอง มูลเหตุจูงใจในการจำหน่ายยาเสพติด ส่วนใหญ่ต้องการเงินมาซื้อยาเสพติด และหวังกำไรจากการจำหน่ายยาเสพติด อยากรู้ศักยภาพของตัวเอง อยากได้กำไรจากการจำหน่าย อยากเป็นที่ยอมรับ และต้องการมีอำนาจในกลุ่มของตัวเอง และมีส่วนน้อยที่คิดว่าทำง่าย ได้เงินเร็ว และได้มาก จึงต้องการยึดเป็นอาชีพ

คำสำคัญ: ยาเสพติด, ผู้ต้องขัง, แรงจูงใจ

* สำนักทันตวิทยา กรมราชทัณฑ์

Corresponding Author: Kittima Insiri, E-mail: kittymomen@gmail.com

Received 02/06/2020

Revised 07/07/2020

Accepted 10/08/2020

DRUGS RELATED BEHAVIOURS OF INMATES COMMITTED TO DRUG OFFENCES OF KHON KAEN CENTRAL PRISON

*Kittima Insiri**

ABSTRACT

The objective of this qualitative study were 1) to describe using and trafficking behaviour of inmates, and 2) to explore their motives. Inmates who committed methamphetamine offences were recruited. 12 inmates of both sexes were given permission and willing to participate during June-September 2013. Data was collected by in-depth interview in organised private setting in the prison. Content analysis was used to analysed the data.

Age first use of the inmates were around 13 years old with methamphetamine pills from peers. The significant affecting factors were stress released, refreshing, mood adjustment, sarcasm, peer influences, and curiosity. In 3-6 months after the onset, they became regular users increasing in terms of amount and frequencies. They used it by smoking and swallowing in various places like school, home, restaurant, and entertainment places. Drug exchanging could be seen among users group. As a result, some users became distributors. Drugs could easily spread through peers network with various marketing strategies (direct sell, increased trading volume, allowed more credit). The need of money, groups norm acceptance, challenging, and power were their motives in becoming traffickers. Quite a few inmates wanted to stay in this career since it could get huge money in a short period of times.

Keywords: inmates, drugs, motivation

* Bureau of Penology, Department of Corrections

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถานการณ์ปัญหาสารเสพติด ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹ สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งองค์การสหประชาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี ที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา ประมาณ 275 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.6 ของประชากรโลกที่มีอายุ 15-64 ปี² การสำรวจครัวเรือนระดับประเทศเพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีประชากรเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง (ไม่นับบุหรี่ยาและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จำนวนประมาณ 2,964,444 คน หรือคิดเป็น 58.16 ต่อ 1,000 ของประชากร อายุ 12-65 ปี³ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดพบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ถูกดำเนินคดียาเสพติดทั้งสิ้น 217,644 คน จากทั้งหมด 306,043 คน⁴

จากสถิติการจับกุมผู้กระทำความผิดถูกดำเนินคดี การพิจารณาพิพากษาของศาล จำคุกพบว่า คดียาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมมีมากที่สุด⁵ สถิติการปราบปรามคดียาเสพติดของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด การจับกุมทั้งในส่วนของผู้ต้องหาและของกลาง โดยเฉพาะฐานความผิดเสพ เสพและครอบครองมีจำนวนเพิ่มขึ้น⁶ การแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คดีครั้งแรกของปี พ.ศ.2557 สามารถจับกุมได้กว่า

260,000 คดี ผู้ต้องหาจำนวนกว่า 270,000 ราย ซึ่งเกือบเท่ากับสถิติการจับกุมในปี พ.ศ. 2555 ทั้งปี⁷ ส่งผลให้จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย เกิดความแออัดภายในเรือนจำที่ต้องรองรับผู้ต้องขังคดียาเสพติดจำนวนมาก จากการสำรวจโดยสำนักทัณฑวิทยา ความจุปกติของเรือนจำโดยพิจารณาจากพื้นที่นอนของผู้ต้องขัง 1.20 เมตรต่อคน⁸ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 มีผู้ต้องราชทัณฑ์จำนวนทั้งสิ้นถึง 302,524 คน แต่ความจุปกติของเรือนจำที่รองรับได้ตามมาตรฐานมีเพียง 11,405 คน เท่านั้น (อัตรา 1 คน: 2.25 ตารางเมตร) เกินความจุปกติที่เรือนจำจะรองรับได้มากกว่า 3 เท่า⁹ ความแออัดนี้ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ต้องขัง¹⁰

จากข้อมูลของศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด จังหวัดขอนแก่น (ศพส.) พบว่า ปัญหาสารเสพติดในจังหวัดขอนแก่นยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ต้องหายังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 1,912 คน มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 6,101 คน ในปี พ.ศ. 2555¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ¹²

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมและการกระทำผิดคดียาเสพติดของผู้ต้องขัง ทั้งนี้เพื่อนำข้อเท็จจริงที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาในการกระทำความผิดในคดีเกี่ยวกับยาเสพติด ให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น อันจะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเสพและการจำหน่ายยาเสพติดของผู้ต้องขัง ในเรือนจำกลางขอนแก่น
2. เพื่อศึกษามูลเหตุสูงใจในการเสพและจำหน่ายยาเสพติดของผู้ต้องขัง ในเรือนจำกลางขอนแก่น

วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการวิจัยแบบเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยเลือกรูปแบบการสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึก (Indebt interview)

ประชากร คือ ผู้ต้องขังชายและหญิงที่กระทำความผิดคดียาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า) ซึ่งถูกควบคุมตัวในเรือนจำกลางขอนแก่น จำนวน 1,621 คน (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ. 2556) โดยคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 12 คน จากผู้ต้องขังชายและหญิงที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก (Indebt interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้กระบวนการตีความให้ความหมาย หาความเชื่อมโยงเพื่อสร้างเป็นความรู้ความเข้าใจต่อพฤติกรรมการกระทำความผิดคดียาเสพติดของผู้ต้องขัง ในเรือนจำกลางขอนแก่น

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาผู้ต้องขังที่กระทำความผิดคดียาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า) เพศชาย 7 คน เพศหญิง 5 คน อายุระหว่าง 23 – 38 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา 2 คน ระดับมัธยมต้น 5 คน ระดับมัธยมปลาย 2 คน ระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง 1 คน และระดับปริญญาตรี 2 คน สถานภาพโสด 7 คน สถานภาพสมรส 5 คน

2. พฤติกรรมการเสพยาเสพติดผู้ต้องขังที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก อายุต่ำสุด คือ 13 ปี ยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก คือ ยาบ้า จำนวน 9 ราย เริ่มจากกัญชา 1 ราย ไม่เสพละเอียดอย่างเดียว 2 ราย โดยครั้งแรกได้ยาบ้ามาจากเพื่อน และใช้ร่วมกับเพื่อนมี 1 ราย ซึ่งคลุกคลีอยู่กับน้ำที่เป็นผู้จำหน่ายอยู่แล้วเป็นประจำ เลยขอลองเสพจากลูกค้าของน้ำ ปริมาณที่ใช้ในครั้งแรก เริ่มจากปริมาณน้อย ส่วนใหญ่จะเป็น ¼ เม็ด ซึ่งนิยมเรียกว่า “หนึ่งขา” ถึง 1 เม็ด หรือเรียกว่า “หนึ่งตัว” แล้วค่อยเพิ่มปริมาณขึ้นตามต้องการ มากสุด 10 – 15 เม็ดต่อวัน โดยใช้ระยะเวลาในการพัฒนาประมาณ 2 – 6 เดือน สถานที่ที่เสพยาครั้งแรกแล้วแต่เหตุการณ์ เช่น ห้องน้ำโรงเรียน บ้านเพื่อน ร้านอาหารหรือสถานบันเทิงขณะไปเที่ยวหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการเสพครั้งแรกมีทั้งรับประทานเป็นเม็ดโดยการรับประทานกับน้ำหรือเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ และเซฟแบบดูดควัน โดยใช้เม็ดยาบั่ววางบนฝอยของบุหรีที่ทำให้มีลักษณะคล้ายซ้อนแล้วใช้ไฟลอนด้านล่างให้เกิดควัน หลังจากนั้นก็ใช้หลอดดูดควันเข้าไป

อาการหลังจากเสพยาบ้าครั้งแรกตื่นตื่นง่าย “หลุกหลิก” พุดมาก มือสั่น เหงื่อออกมาก นอนไม่หลับ ปากและจมูกแห้ง ริมฝีปากแห้ง หัวใจเต้นเร็ว “ใจสั่น” ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร บางรายไม่รับประทานอาหารถึง 3 วัน ประสาทตึงเครียด ความคิดสับสน ในกลุ่มผู้เสพยาบ้าเรียกอาการเหล่านี้ว่า “อาการดีด” หนุ่ม (นามสมมติ) เล่าว่า “เพื่อนหยิบให้ก็กินไม่ได้คิดอะไร รสชาติออกขมชนิดๆ แทบไม่ได้รสอะไร” หรือ แคท (นามสมมติ) เล่าว่า “ยาบ้า ตอนเล่นครั้งแรกหลังจากดูดควันเข้าไป ขมมาก ปากพอง ลิ้นฝ้า ไม่มีน้ำลาย มือเย็น เท้าเย็น หน้าชา ตาแดง ไม่นอน ไม่ทานข้าว ไม่ปัสสาวะ 3 วัน ไปเรียนนั่งไม่ปกติ หลุกหลิก หายใจยังงี้ก็ไม่ทั่วห้อง เพื่อนถามว่า มึงติดหรือ”

ความถี่ในการเซฟ บางรายเซฟเฉพาะเวลาที่จะไปเที่ยวสถานบันเทิงที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเซฟทุกครั้งที่จะไปเที่ยว หลังจากเที่ยวเสร็จก็จะนัดแนะกันมาเซฟต่อที่ห้องพัก บางรายเซฟวันศุกร์-เสาร์-อาทิตย์ บางรายเซฟทุกวันๆ ละ 3 ครั้ง เช่น เซฟตอนเช้า เรียกว่า “ล้างหน้า” เซฟตอนเที่ยง เรียกว่า “ข้าวสาย” และเซฟตอนเย็น เรียกว่า “ถอน” บางรายเซฟทุกครั้งเวลาที่มีความต้องการเซฟยาโดยเซฟได้ทั้งวัน

ระยะเวลาในการใช้ยาบ้า หลังจากที่ถูกผู้เสฟเริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกแล้ว ทุกรายจะเสฟยาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

3. พฤติกรรมการจำหน่ายยาเสฟติดเสฟมาก่อน-จำหน่ายทีหลัง

หลังจากผู้เสฟยาเสฟติด เสฟยามาระยะหนึ่งจากตอนแรกที่ได้ยาจากเพื่อน หรือผู้ค้ารายย่อย ๆ จะเริ่มรู้จักผู้ค้าเพิ่มขึ้นหรือเจอผู้ค้ารายใหญ่ขึ้น จากปากต่อปากหรือจากเพื่อนที่ร่วมเสฟด้วยกัน หรือเพื่อนคนเดิมเริ่มไว้ใจ ก็จะพาไปพบผู้ค้า หรือบางรายก็จะข้ามไปซื้อจากผู้ค้ารายใหญ่เอง เพราะได้ราคาที่ถูกกว่า ก็จะถูกชักชวนให้ขายลองดู เช่น หนุ่ม (นามสมมติ) เล่าว่า “ตอนแรกก็รับจากเพื่อน ต่อมาก็รับจากเพื่อนของเพื่อน” หรือบางรายสมัครใจเข้าไปขายเพื่อนำรายได้มาซื้อยาเสฟต่อ หรือไปเที่ยว แต่บางคน เช่น นัฐ (นามสมมติ) เล่าว่า “อยากขายเพราะได้เงินด้วย ได้เสฟด้วย ไม่ต้องเปลืองเงินซื้ออย่างเดียว”

ลักษณะวิธีการจำหน่าย บางรายซื้อมาเสฟ และแบ่งให้เพื่อนเสฟด้วย ถ้ามีเพื่อนที่เสฟด้วยกันซื้อก็ขาย 1 เม็ด 2 เม็ด ก็ขายราคาเม็ดละ 300 ถึง 500 ต่อมาก็เริ่มรับมาจำหน่าย ครั้งละ 50 ถึง 200 เม็ด โดยแบ่งขาย 5 เม็ด 10 เม็ด (1 แถว) ซัย (นามสมมติ) เล่าว่า “งาน 200 เม็ด (1 ถุง) ผมปล่อยให้ถึงหัวโมงก็หมดครบ 1 ถุง ขายหมดก็ได้ 80,000 บาท ครับ” พอจำหน่ายได้ซักกระยะหนึ่งบางคนก็ใช้ใช้เวลา 5 – 6 เดือน บางคนก็จะ

ใช้เวลา 1-2 ปี ก็จะเพิ่มปริมาณจำหน่าย จาก 1 ถุง เพิ่มเป็น 4-5 ถุง และเพิ่มเป็นมัด (1 มัด 10 ถุง) เช่น หมุ่ม แบนด์ จั๊บบ้าง จั๊บบ้าง (นามสมมติ) ซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มที่จำหน่ายก่อนมาลองเสฟ หรือจำหน่ายอย่างเดียว จะใช้เวลาในการพัฒนาการเร็วกว่า และจำหน่ายปริมาณมากกว่า โดยไม่ไต่ระดับเหมือนรูปแบบดังกล่าว

การรู้จักลูกค้าและวิธีการจำหน่ายส่วนใหญ่จะเริ่มจากเพื่อนที่เสฟร่วมกัน เพื่อนของเพื่อน เพื่อนของเพื่อนของเพื่อน เหมือนระบบขายตรง ต่างกันที่การขายสินค้าอย่างอื่นผู้ขายต้องเป็นฝ่ายเข้าหาลูกค้าเป็นส่วนใหญ่ แต่การจำหน่ายยาบ้าส่วนใหญ่ลูกค้าเข้าหาผู้จำหน่าย นอกจากปล่อยยาเองแล้ว บางรายก็จะมีเด็กเดินยาให้ และรู้จักหรือสนิทเฉพาะเด็กเดินยา เด็กจะไปจำหน่ายให้ใครส่วนใหญ่ไม่ได้ถาม หรือบางรายพอรู้จักในวงการมากขึ้น ก็จะมีลูกค้ามาหาเอง โดยครั้งแรกจะมากับคนที่รู้จักก่อน ถ้าดูแล้วไว้ใจก็จะปล่อยยา (จำหน่าย) ให้ ถ้าไม่น่าไว้ใจก็จะบอกว่าไม่มีงาน (ไม่มียา) หรือไม่ได้ทำแล้ว ยาขาดมือ แล้วแต่สถานการณ์ หลังจากนั้นก็จะติดต่อกันเอง ซึ่งส่วนใหญ่กรณีนี้จะมีการซื้อขายจำนวนมากต่อครั้ง

วันเวลา สถานที่ และปริมาณที่ที่จำหน่ายยา สามารถส่งหรือจำหน่ายได้ทั้งเวลากลางวัน กลางคืน สถานที่ก็ไม่ได้จำกัดขายได้แม้ในห้องเรียน “แคท” (นามสมมติ) ซึ่งเคยขายยาในโรงเรียนตอนเรียนระดับ

ประกาศนียบัตรวิชาชีพล่าให้ฟังว่า “ในโรงเรียนเป็นที่ปลอดภัยที่สุด เพราะตำรวจไม่ค่อยเข้ามาเหมือนที่อื่น” ปริมาณยาที่ซื้อและจำหน่ายมีความสัมพันธ์สถานที่ตรงที่ถ้าปริมาณน้อย ซื้อจำหน่ายได้เกือบทุกที่ เช่น ในโรงอาหารโรงเรียน ในห้องเรียน บ้านร้านอาหาร สถานที่ทำงาน สถานบันเทิง โดยถ้าซื้อจำนวนน้อย ไม่เกิน 100 เม็ด มักจะใส่ถุงขนม เช่น ถุงเลย์ กลองกูลิโกะบ๊อกรัก กลองหมากฝรั่งซิคเครท หลอดกาแฟ ข้างกล่อง ถุงผลไม้ เช่น “ซัย” เล่าให้ฟังว่า นำยาบ้า 50 เม็ด ใส่ในถุงขนมเลย์ แล้วให้เด็กนำไปวางทิ้งไว้ข้างเสาไฟ ก่อนโทรบอกลูกค้าไปเอาตามที่นัดหมาย “แคท” เล่าให้ฟังว่า “แคท นำยาบ้าจำนวน 100 ร้อยเม็ด ใส่ในกล่องขนมกูลิโกะบ๊อกรัก แล้วไปทิ้งไว้ข้างถังขยะ ก่อนจะโทรบอกให้ลูกค้าไปเอา โดยตอนที่นับใส่กล่องทำในห้องเรียน ข้างหลังห้องโดยมีเพื่อนอีกคนนั่งบังให้ด้วย”

ถ้าซื้อปริมาณมากขึ้นมา ตั้งแต่ 200 เม็ดขึ้นไป ส่วนใหญ่ก็จะส่งตามโรงแรม รีสอร์ท หรือสถานที่ตามที่นัดหมาย โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ปิดบังหรือห่อหุ้มให้ผิดสังเกตอะไรมาก แต่การเข้าโรงแรม หรือรีสอร์ท จะเปิดไว้มากกว่า 1 ห้อง ซ่อนยาไว้ในห้องหนึ่ง คนพักอยู่อีกห้องหนึ่ง หรือบางครั้ง จากการบอกเล่าของ “หมุ่ม” (นามสมมติ) “ในตลาดสดที่ซื้อขายอาหารก็สามารถส่งหรือซื้อขายยาได้ เนื่องจากคนพลุกพล่านไม่เป็นที่สังเกต

แค่แลกเปลี่ยนหรือวางกระเป๋าดินตลาดไว้ ก็สามารถส่งยาได้แล้ว

ในกรณีมีการซื้อหรือจำหน่ายปริมาณ มาก มักจะโอนเงินเข้าธนาคารผ่านตู้เอทีเอ็ม โดยมีลูกน้องหรือคนคอยเช็คยอดเงินอยู่คน ละที่กับคนส่งยา เมื่อเงินเข้าบัญชีแล้วถึง โทรศัพทให้ส่งมอบยา(ปล่อยของ)ได้

จำหน่ายก่อน-เสพทีหลัง

พฤติกรรมครั้งแรกไม่ได้ตั้งใจจะเสพ ยาบ้าอยู่แล้ว ต้องการจำหน่ายเพื่อให้ได้เงิน มาเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ไม่ได้จำหน่ายเพื่อหา เงินมาซื้อยาเสพต่อ เนื่องจากว่ามีฐานะหรือ กำลังที่จะซื้อเสพได้เท่าที่ต้องการอยู่แล้ว โดย กลุ่มนี้มักจะมีฐานะทางบ้านดี ฐานะทาง สังคมดี หรือเป็นลูกคนที่มีย่านางทางสังคม แต่ต้องการจำหน่ายเพราะอยากรู้ศักยภาพ ของตัวเอง อยากได้กำไรจากการจำหน่าย อยากเป็นที่ยอมรับ และต้องการมีอำนาจใน กลุ่มของตัวเอง เช่น กรณีของนางสาวแคท ซึ่งมาจากครอบครัวที่มีฐานะดีอยู่แล้ว ใช้เงิน ต้องการจำหน่ายเพื่อนำเงินไปเที่ยว และเลี้ยง เพื่อน

ส่วนลักษณะวิธีการจำหน่าย การรู้จัก ลูกค้า วันเวลา สถานที่จำหน่าย และปริมาณ ที่จำหน่ายไม่มีความแตกต่างกัน (ดังที่กล่าว ไว้ข้างต้น) แต่มีข้อสังเกตว่า การขยายตลาด จะเร็วและโตกว่าแบบแรกค่อนข้างเห็นได้ชัด

จำหน่ายอย่างเดียว

กรณี ของ นายส่ง (นามสมมติ) พฤติกรรมครั้งแรกไม่ชอบและไม่คิดจะเสพ

ยาบ้าอยู่แล้ว ต้องการจำหน่ายเพื่อนำเงินมา เลี้ยงดูครอบครัว ส่วนลักษณะวิธีการ จำหน่าย การรู้จักลูกค้า วันเวลา สถานที่ จำหน่าย และปริมาณที่จำหน่ายพฤติกรรม ไม่มีมีความแตกต่างกัน (ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น)

กรณีนางสาวสา (นามสมมติ) โดยส่วนตัว ไม่ได้มีพฤติกรรมที่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดมา ก่อน และไม่คิดจะยุ่งเกี่ยวแต่แรก แต่ด้วยที่ มีแฟนเป็นพ่อค้ายาเสพติดโดยไม่รู้ว่ามาก่อน และไม่ยอมถอนตัวออกมาเพราะรักแฟน จึงติดร่างแหโดยปฏิเสธไม่ได้ พฤติกรรมการ จำหน่ายจะแตกต่างจากที่กล่าวข้างต้น เนื่องจากเป็นผู้จำหน่ายรายใหญ่ คือ ไม่ได้ส่ง ยาบ้าเอง แต่นัดลูกค้ารับยาบ้าตามจุดนัด หมาย และไม่ได้แบ่งบรรจุก่อนจำหน่าย

4. มูลเหตุจูงใจในการเสพและจำหน่ายยาเสพติด

มูลเหตุแรงจูงใจ ในการเสพยา เสพติด ผลการศึกษามูลเหตุจูงใจในการเสพ ยาบ้า พบว่า มีหลายสาเหตุต่างกันไป ดังนี้ ต้องการคลายเครียด ต้องการให้ตัวเองสดชื่น คึกคัก ต้องการให้มีอารมณ์ทางเพศเพิ่มขึ้น ต้องการประชดแฟน เพื่อนชวน อยากเข้าพวก ไม่อยากแตกต่าง อยากลองอยากรู้

มูลเหตุแรงจูงใจ ในการจำหน่ายยา เสพติด กลุ่มที่เสพก่อนจำหน่าย ต้องการเงิน มาซื้อยาเสพต่อ และหวังกำไรจากการ จำหน่ายยาเสพติด กลุ่มที่จำหน่ายก่อนเสพ ต้องการจำหน่ายเพื่อให้ได้เงินมาเพื่อ วัตถุประสงค์อื่น ไม่ได้จำหน่ายเพื่อหาเงินมา

ซื้อยาเสพติดเท่านั้น แต่ต้องการจำหน่าย เพราะอยากรู้สึกสภาพของตัวเอง อยากได้กำไรจากการจำหน่าย อยากเป็นที่ยอมรับ และต้องการมีอำนาจในกลุ่มของตัวเอง กลุ่มที่จำหน่ายยาเสพติดอย่างเดียวโดยไม่ได้เสพยา คิดว่าทำงาน ได้เงินเร็ว และได้มาก ต้องการยึดเป็นอาชีพ

วิจารณ์ (Discussions)

พฤติกรรมกาเสพยาเสพติด

การที่ผู้ต้องขังที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ตั้งแต่อายุน้อย คือ 13 ปี ตอกย้ำให้เห็นได้ชัดว่ายาเสพติดมีการแพร่ระบาดเข้าไปในสถานศึกษามายาวนานแล้ว นอกจากนี้การที่ผู้เสพยาจะเสพยาบ้าเมื่อไหร่ก็ได้ที่มีความต้องการแสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงยาบ้าสามารถทำได้ง่ายและสะดวก

สถานที่ที่เสพยาครั้งแรกแล้วแต่เหตุการณ์ เช่น ห้องน้ำโรงเรียน บ้านเพื่อน ร้านอาหารหรือสถานบันเทิงขณะไปเที่ยว หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่งบอกถึงมุมมองในการเสพยาบ้าเป็นเรื่องที่ปกติธรรมดา สามารถเสพยาที่ไหนก็ได้ ไม่ได้คิดว่าเป็นความผิด หรือเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย หรือเป็นเรื่องที่ต้องละอาย ต้องหลบ ๆ ซ่อน ๆ ทำให้การแพร่ระบาดยิ่งเป็นไปได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว

หลังจากที่ผู้เสพยาเริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกแล้ว ทุกรายจะเสพยาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน แสดงให้เห็นได้ชัดว่ามีการเสพยา ซึ่ง

ส่งผลต่อผู้เสพยาโดยตรงทั้งร่างกายและจิตใจ ในระยะต่อมาก็จะขยายผลกระทบสู่ครอบครัวของผู้เสพยา สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพยา ไม่ว่าจะติดใจในรสชาติหรือวิธีการเสพยา ทำให้ผู้เสพยาต้องแสวงหาวิธีให้ได้มา ซึ่งยาเพื่อเสพยาต่อ หากผู้เสพยาไม่มีกำลังทรัพย์เพียงพอ ไม่มีเงิน ไม่มีรายได้ ยอมง่ายต่อการมุ่งไปสู่วิธีการที่เสี่ยงต่อการกระทำผิดต่อผู้อื่นและสังคม เกิดปัญหาอาชญากรรมหรืออื่น ๆ ที่รุนแรงตามมา

พฤติกรรมกาจำหน่ายยาเสพติด

หลังจากผู้เสพยาเสพติด เสพยามา ระยะหนึ่งจากตอนแรกที่ได้ยาจากเพื่อน หรือผู้ค้ารายย่อย ๆ จะเริ่มรู้จักผู้ค้าเพิ่มขึ้นหรือเจอผู้ค้ารายใหญ่ขึ้น จากปากต่อปากหรือจากเพื่อนที่ร่วมเสพยา

การรู้จักลูกค้าและวิธีการจำหน่าย จะเริ่มจากเพื่อนที่เสพร่วมกัน เพื่อนของเพื่อน เพื่อนของเพื่อนของเพื่อน เหมือนระบบขายตรง แสดงให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของยาบ้าอย่างแพร่หลายทุกวงการในสังคม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้จำหน่ายระบุว่า “ขายได้แม้ในห้องเรียน หรือ ในโรงเรียนเป็นที่ปลอดภัยที่สุด เพราะตำรวจไม่ค่อยเข้ามาเหมือนที่อื่น” นั่นคือ ในสถานศึกษามีความเสี่ยงอย่างยิ่งต่อการแพร่ระบาดของยาบ้า และการเข้าถึงยาบ้ายิ่งทำได้ง่ายในสถานศึกษา มีกลุ่มเป้าหมายหนึ่ง ๆ จำนวนมหาศาล แหล่งพลังคลังสมองของชาติ โดนใจมติด้อย่างรุนแรง

มูลเหตุแรงจูงใจ ในการเสพยาเสพติด

ความต้องการคลายเครียด ต้องการให้ตัวเองสดชื่นคึกคัก ต้องการให้มีอารมณ์ทางเพศเพิ่มขึ้น ต้องการประชดแพน เพื่อนชวนอยากเข้าพวกไม่อยากแตกต่าง อยากลองอยากรู้ แสดงให้เห็นถึงค่านิยมแฟชั่น การเลียนแบบการเอาอย่าง และการขาดภูมิคุ้มกันในการป้องกันยาบ้า ในกลุ่มที่ศึกษาซึ่งในประเด็นอยากลองอยากรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรุดา พรหมดี¹³ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับยาบ้า อารมณ์ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการใช้ยาบ้า ในโรงเรียนมัธยมปลาย ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า สาเหตุการติดยาเสพติดของนักเรียน ได้แก่ อยากลอง อยากเท่ และการศึกษาของชาติ ทองเต็ม¹⁴ ที่ศึกษาพฤติกรรมการกระทำผิดคดียาเสพติดให้โทษประเภท 1 (ยาบ้า) ของผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดเลย พบว่า มูลเหตุจูงใจในการเสพยาบ้า เป็นเพราะอยากลองเป็นสัดส่วนมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจาก มนุษย์ส่วนใหญ่มีความอยากรู้อยากเห็น ต้องการทดลอง

มูลเหตุแรงจูงใจ ในการจำหน่ายยาเสพติด

ผลการศึกษามูลเหตุจูงใจในการจำหน่ายยาบ้า พบว่า มูลเหตุจูงใจในการจำหน่ายยาเสพติด พบว่า กลุ่มที่เสพก่อนจำหน่าย ต้องการเงินมาซื้อยาเสพติด และหวังกำไรจากการจำหน่ายยาเสพติด กลุ่มที่

จำหน่ายก่อนเสพ ต้องการจำหน่ายเพื่อให้ได้เงินมาเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ไม่ได้จำหน่ายเพื่อหาเงินมาซื้อยาเสพติดเท่านั้น แต่ต้องการจำหน่ายเพราะอยากรู้ศักยภาพของตัวเองอยากได้กำไรจากการจำหน่าย อยากเป็นที่ยอมรับ และต้องการมีอำนาจในกลุ่มของตัวเอง กลุ่มที่จำหน่ายยาเสพติดอย่างเดียว โดยไม่ได้เสพยา คิดว่าทำงาน ได้เงินเร็ว และได้มากต้องการยึดเป็นอาชีพ

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น รายได้ หรือความยากจน ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ การศึกษา ความไม่เสมอภาคทางการศึกษา คนที่ด้อยโอกาสทางสังคม ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนทางการศึกษาอย่างเหมาะสม อุปสงค์ – อุปทานด้านยาเสพติดในสังคมปัจจุบันแพร่หลาย นอกจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคมดังกล่าวแล้วมูลเหตุจูงใจที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง คือผลประโยชน์โดยตรง เช่น คนที่จำหน่ายยาเสพติดเพียงไม่นานก็สามารถมีรายได้สูงกว่ารายได้จากการประกอบอาชีพเดิมเป็นเวลานานหลายสิบเท่า นอกจากนี้ยังมีทรัพย์สิน เช่น บ้าน รถยนต์ หรือสิ่งมีค่าอื่น ๆ ซึ่งถ้าผู้จำหน่ายยาเสพติดประกอบอาชีพเดิมไม่สามารถที่จะมีได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าการจำหน่ายยาเสพติด “ทำงาน ได้เร็ว ได้มาก” จึงเป็นแรงดึงดูดใจ และจูงใจให้มีผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ การุณย์ บัวเผื่อน¹⁵ พบว่า สาเหตุการเข้ามาค้ายาเสพติดครั้งแรก ของ

ผู้ค้ารายใหญ่ เนื่องจากเห็นว่ารายได้ดี โดยเริ่มแรกจะมีผู้มาติดต่อชักชวนให้ทำการค้าพร้อมทั้งหาแหล่งยาเสพติดและลูกค้าให้หรือแนะนำให้ผู้รู้จักบุคคลที่จะพาไปหาแหล่งหรือลูกค้า

ข้อยุติ (Conclusions)

พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด พบว่า ใช้ยาเสพติดครั้งแรกอายุน้อย ยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก คือ ยาบ้า โดยได้มาจากเพื่อน และใช้ร่วมกับเพื่อน เริ่มจากปริมาณน้อยแล้วค่อยเพิ่มปริมาณขึ้นตามต้องการ โดยใช้ระยะเวลาในการพัฒนาประมาณ 3-6 เดือน พฤติกรรมการจำหน่ายยาเสพติด พบว่า ลูกค้ารายแรกส่วนใหญ่ คือ เพื่อนในกลุ่มที่เสพยาด้วยกัน และขยายจากเพื่อนสู่อีกเพื่อน โดยวิธีปากต่อปากเหมือนระบบขายตรง

มูลเหตุจูงใจในการเสพยาเสพติด พบว่า ต้องการคลายเครียด ต้องการให้ตัวเองสดชื่น คึกคัก ต้องการให้มีอารมณ์ทางเพศเพิ่มขึ้น ต้องการประชดแฟน เพื่อนชวนและอยากลอง มูลเหตุจูงใจในการจำหน่ายยาเสพติด ส่วนใหญ่ต้องการเงินมาซื้อยาเสพติด และหวังกำไรจากการจำหน่ายยาเสพติด อยากรู้จักสภาพของตัวเอง อยากได้กำไรจากการจำหน่าย อยากเป็นที่ยอมรับ และต้องการมีอำนาจในกลุ่มของตัวเอง และมีส่วนน้อยที่คิดว่าทำง่าย ได้เงินเร็ว และได้มาก จึงต้องการยึดเป็นอาชีพ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากผลการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการกระทำความผิด คดียาเสพติดของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางขอนแก่น เห็นว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยพื้นฐานทางสังคม และเศรษฐกิจ และผลประโยชน์โดยตรงมีผลกระทบต่อพฤติกรรมกระเสพและการจำหน่ายยาบ้าโดยตรง ดังนั้น การที่จะแก้ไขปัญหายาเสพติด (ยาบ้า) ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ และเอกชน เช่น

ภาครัฐ ต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว และเศรษฐกิจ ให้ตรงประเด็น อย่างแรกต้องแก้ไขปัญหาคาความยากจนให้ได้ ให้คนส่วนใหญ่ในสังคมมีอยู่มีกิน ลดช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยในสังคม คนรวยแบ่งปันและจุนเจือคนที่ด้อยโอกาสอย่างเหมาะสม

สถาบันการศึกษา ต้องสนับสนุนการเข้าถึงการศึกษาอย่างเท่าเทียมทั้งคนรวยคนจน จัดกระบวนการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสภาวะสังคม และความ ต้องการการจ้างงานทั้งภาครัฐและเอกชน

มาตรการในการปราบปรามยาเสพติด ปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ให้เหมาะสมกับสภาวะสังคม บริบทของสังคมไทย การปฏิบัติหน้าที่อย่างตรงไปตรงมาของเจ้าหน้าที่รัฐ การเพิ่มบทลงโทษผู้กระทำความผิด โดยเฉพาะผู้ค้ารายใหญ่ มาตรการทางกฎหมายต้องเด็ดขาด

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผู้ต้องขังคดียาเสพติดมีเป็นจำนวนมากเกินกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ต้องขังทั้งหมด และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ลดลง แต่องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและมูลเหตุจูงใจยังมีอยู่น้อยมากทำให้การแก้ปัญหา ยาเสพติดไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

องค์ความรู้จากการวิจัยนี้จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ เครือข่ายพัฒนาวิชาการ และข้อมูลสารเสพติดที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
2. Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World drug report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2018.
3. Kanato M, Aramratana A, Asnangkornchai S, Puengparn U, Charoenrat S, Kunnikar N, Leaytikul P. **Report on Size Estimation of Substances Users in Thailand 2011**. Bangkok: Charunsanitwong printing house; 2016. [in Thai].
4. Department of Correction. **Prisoners Statistics** [online] 2020 [cited 2020 May 24]. Available from http://www.correct.go.th/stat102/display/select_type.php#
5. Department of Correction. **Prisoners statistics** [online] 2019 [cited 2019 Jul 24]. Available from <http://www.correct.go.th/stathomepage/>
6. Surveillance Division. **Statistics among drug users in Thailand**. Bangkok: Strategy Bureau, Office of Narcotic Control Board, unpublished statistics; 2015.
7. Surveillance Division. **Statistics among drug users in Thailand**. Bangkok: Strategy Bureau, Office of Narcotic Control Board, unpublished statistics; 2019.
8. Department of Correction. **Prisoners density statistics** [online] 2020 [cited 2019 Jul 24]. Available from <http://www.correct.go.th/stathomepage/>
9. Department of Correction. **Prisoners density**. Bangkok: Division of Criminal Sciences; 2020.

10. Kanato M. Drug use and health among prison inmates. **Current opinion in psychiatry** 2008; 21(3): 252-254.
11. Khon Kaen Drugs Operation Centre. **Statistics among drug traffickers.** Khon Kaen: unpublished statistics; 2019. [in Thai].
12. Surveillance Division. **Statistics among drug traffickers in Thailand.** Bangkok: Strategy Bureau, Office of Narcotic Control Board, unpublished statistics; 2019.
13. Promdee S. The relationship between knowledge Attitude about amphetamines Health locus of control and risk-reducing behaviors of amphetamine use among high school students in Mueang District Nakhon Ratchasima Province [Master Thesisi in Nursing Science]. Khon Kaen: The Graduate School, Khon Kaen Univerisity; 1998. [in Thai].
14. Thongtem C. **A study of the behavior of drug offenses against type 1 penalties (amphetamine) of inmates at Loei Provincial Prison** [M.A. Thesis in Social Development]. Loei: Loei Rajabhat University; 2004. [in Thai].
15. Buapuen K. **Amphetamine network in Thai society: an investigation based on the experience of narcotic law enforcement officers.** [Ph.D. Thesis in Criminology Justice Administration and Society]. Bangkok: The Graduate School, Mahidol Univerisity; 2020. [in Thai] .

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาบททวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง และคำแนะนำสำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ ไม่ระบุ, *น่าสนใจ (*of special interest), และ **น่าสนใจเป็นพิเศษ (**of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกประเภทของเอกสารอ้างอิงในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยใช้ชื่อเต็ม ไม่ระบุตำแหน่งหน้าที่ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้พิมพ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ปฏิบัติงาน อยู่ในขณะนั้น ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 Corresponding author ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 วิธีการศึกษา (Method) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมถึงแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (manoeuvre) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ต่อได้ รวมทั้งการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

แบบการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น

ประชากรศึกษา เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น ต้องบอกถึงการยินยอมจากตัวอย่างที่ศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

ตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึก เป็นต้น รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือ ความถูกต้อง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ/ปริมาณ ให้ชัดเจนและกระชับ

วิธีการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.7 ผลการศึกษา (Results)

นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ ลำดับหัวข้ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ควรบรรยายเนื้อเรื่องเป็นร้อยแก้ว ใช้ตารางหรือแผนภูมิ ภาพ กร่งงข้อมูลประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

2.8 วิจารณ์ (Discussions)

การวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์และสรุป เปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่ตีตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากษ์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดในการศึกษาด้วย

2.9 ข้อยุติ (Conclusions)

สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์/ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากทำการศึกษาวิจัย

2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่งๆ ควรมีตารางหรือภาพหรือแผนภูมิหรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

3.1 ตาราง (Tables)

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียด ในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะ อาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts)

ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ

ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น

ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

3.3 กล่องข้อความ (Box)

กล่องข้อความ ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนลุ่มลึก ความยาว แต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ” และต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”

แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้องอยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลัง หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แนวนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ที่วารสารในการอ้างอิง ย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.gov/tsd/serials/liji.html>

เอกสารอ้างอิงในวารสาร ต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภท white paper และ gray paper เท่านั้น ประกอบด้วย

- 4.1 บทความในวารสารวิชาการ
- 4.2 หนังสือ/ตำรา
- 4.3 รายงาน/เอกสารเผยแพร่ของทางราชการ
- 4.4 รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ
- 4.5 วิทยานิพนธ์
- 4.6 สารระทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

5.1 การตรวจสอบสถานะบทความ

สอบถามที่กองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้พิจารณาดำเนินการตามขั้นตอน และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 1 เล่ม

5.2 สถานะบทความ

การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION (ตรวจสอบคุณลักษณะ ความครบถ้วน/ถูกต้อง)

5.2.2 บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างกระบวนการ REVIEW (การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ)

5.2.3 บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการ COPYEDITING (จัดเตรียมต้นฉบับ)

5.2.4 บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างกระบวนการ PUBLICATION ตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...

เมื่อบทความได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรองสถานการณืตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Received, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ ฝ่ายจัดการขอสงวนสิทธิในการ ไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์