

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2566

ชื่อหนังสือ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ISSN 2287-0075
พิมพ์ที่ บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
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. บัณฑิต จินดาวงศ์

ดร. นิธิพนธ์ สีอุบลัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588

E-mail: chdkku2560@gmail.com

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

<http://chdkkujournal.com>

<https://www.Facebook.com/วารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น>

หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้พิมพ์ จำนวน 3 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะใด

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ. วริสรา ลูวีระ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิมฺมสนฺทร

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร. ชนิษฐา พูมา

คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
วิทยาเขตสกลนคร

ผศ.ดร. นิรุชฌ วรโธสง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ดร. ดวงใจ วิชัย

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินฐดา พิมพ์พวง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ดร. นฤกร อิดุพร

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ผศ.ดร. นฤมล จันทร์มา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพนเนตร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร. นุชรัตน์ มังคละศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ดร. รชยา ยิกส์งซ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรวิทย์ ชมพูนาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรณา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนู่นุ่น	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตน์วนิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหามาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
รศ.ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. อุมารพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2566 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาด้านความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> หรือ <http://chdkkujournal.com/index.php> และ Facebook วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

การพัฒนาแนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดเชื้อโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ร่วมกับการทำกับตนเอง อำเภอวังสราญ จังหวัดมหาสารคาม	251-265
ประครอง ประภีระนะ, กำพร ดานา, สุรัชย์ เชนีเยง	
ความชุก และผลกระทบจากการดื่มสุราในจังหวัดนครราชสีมา	267-279
รังสิยา วงศ์อุปปา, พูนรัตน์ ลีตติกุล	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันวัณโรค ในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	281-294
กัลยาณี คนหมั่น, สมศักดิ์ อินทมาต	
ผลของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19	295-310
กัลยา ไชยฤทธิ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี	311-323
เรวดี ไพธิรัง, จารุวรรณ สอนงญาติ, จินตนา เพชรมณี	
ผลการเฝ้าระวัง ควบคุม ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงและการจัดการบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น	325-337
บัวบุญ อุดมทรัพย์, สมพร ครุวงษ์	

สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจหาโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร	339-354
---	---------

เนตรดาว ช่วยรักษา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, วรินทร์มาศ เกษทองมา

การศึกษาการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ที่กำหนดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่	355-366
--	---------

พัชรินทร์ อุสาค์, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, วรินทร์มาศ เกษทองมา

การพัฒนาแนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุราโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ร่วมกับการกำกับตนเอง อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ประครอง ประภีระนะ*, กำพร ดานา**, สุรัชชัย เจริญ***

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ร่วมกับการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มี 2 ระยะ ดำเนินการระหว่าง มกราคม 2563 - มิถุนายน 2564 คือ 1) ระยะพัฒนาแนวทางการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐานและการกำกับตนเอง และ 2) ระยะศึกษาผลการใช้แนวทางการบำบัดโดยใช้สติเป็นพื้นฐานและการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่บำบัดสุรา จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ แบบประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้า การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, McNemar-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการมีผู้ดื่มแบบปลอดภัยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 66.67 และดื่มแบบเสี่ยงลดลงเหลือ ร้อยละ 33.33 และในเดือนที่ 1, 6 และ 12 มีผู้ที่ลดการดื่มลงเหลือ ร้อยละ 66.67, 25 และ 25 ตามลำดับ และที่สำคัญพบว่า มีผู้ที่หยุดดื่มสุราได้เลย ร้อยละ 25 ในเดือนที่ 1 และร้อยละ 75 ในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.042$)

คำสำคัญ: การใช้สติเป็นพื้นฐาน; การกำกับตนเอง; ผู้ป่วยติดสุรา

* โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

** วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

Corresponding author: Kamthorn Dana

Email: kamthorn@smnc.ac.th

Received 30/05/2023

Revised 27/06/2023

Accepted 26/07/2023

THE DEVELOPMENT OF A MINDFULNESS- BASED INTERVENTION WITH SELF-REGULATION FOR ALCOHOL DEPENDENCE-PATIENTS, YANGSI SURAT DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE

*Prakong Prakirana**, *Kamthorn Dana***, *Surachai Chaniang****

ABSTRACT

This research and development study aimed to develop a mindfulness-based intervention with self-regulation for alcohol dependence in Yangsi Surat District, Mahasarakham Province. The research was employed in two phases during January 2021-June 2022; 1) developing a mindfulness-based intervention guideline, and 2) using the guideline with alcohol dependence patients. The participants were twelve alcohol-dependence patients. Data were collected using the alcohol use disorder identification test, the stress and depression assessment forms, in-depth interviews, focus group discussion, and observation. Data were analyzed using descriptive statistics, the McNemar test, and content analysis.

The study results showed that the number of low risks drinking increased to 66.67% and hazardous drinking decreased to 33.33%, and in the 1st, 6th, and 12th months, there were who reduced their alcohol drinking to 66.67%, 25%, and 25%. Respectively, and most importantly, there was 25 percent of those who could stop drinking alcohol at all in the first month, 75 percent in the sixth month, and the twelfth month, which was considered an increase with statistical significance ($p = 0.042$).

Keywords: Mindfulness-based; Self-regulation; Alcohol dependence

* Yangsri Surat Hospital, Mahasarakham Province

** Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สุราหรือแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่ก่อปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งกระทบต่อทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กดประสาท การออกฤทธิ์ของสุราต่อสมองทำให้ผู้ดื่มสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม โดยผลกระทบจากเครื่องดื่มสุราไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น แต่ทำให้ครอบครัว ชุมชนและสังคม ล้วนได้รับผลกระทบ^{1,2} จากการสำรวจจำนวนผู้มีพฤติกรรมการดื่มสุราในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นจนถึงปัจจุบัน และจากสถิติในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยพบผู้ดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้³ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อแก้ไข ปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว จากข้อมูลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)⁴ พบว่า สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสุรา จากปี พ.ศ. 2561-2565 คือ 398, 583, 459, 310 และ 578 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยกลับเข้ารักษาซ้ำ จากปี พ.ศ. 2561-2565 คือ 652, 481, 392, 252 และ 359 คน ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเฝ้าระวังและวางแผนดำเนินการจัดการกับปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง

อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ดื่มสุราทุกกลุ่มอายุกระจายในพื้นที่เช่นเดียวกับภาพในระดับประเทศ จากการสำรวจสถานการณ์ผู้ดื่มสุราในพื้นที่ล่าสุด⁵ พบว่ายังมีการดื่มอยู่ต่อเนื่อง ร้อยละ 29.5 อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 20 ปี ซึ่งอายุดำสุดที่เริ่มดื่ม คือ 14 ปี และมีค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน เฉลี่ย 345 บาทต่อเดือน โดยที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด คือ 3,000 บาทต่อเดือน ที่สำคัญในพื้นที่ยังพบประเด็นปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและชุมชนด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การบำบัดสุราโดยกระบวนการให้คำปรึกษาในชุมชน และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา รวมถึงการใช้รูปแบบสติบำบัดเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการที่สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราโดยตรงได้ และผู้ที่ได้รับผลกระทบในครอบครัวของผู้ดื่มสุราอีกด้วย⁶ กิจกรรมสติบำบัดตามแนวคิด cognitive models เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งสามารถนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อลดความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ที่ยังคงเหลืออยู่ และสอดคล้องกับรูปแบบการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความตั้งใจรับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์ได้ดีขึ้น โดยไม่นำประสบการณ์หรือความรู้สึกเดิมของตนเข้ามาตัดสิน ทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้

ตรงตามความเป็นจริงและมีการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นและเป็นไปในปัจจุบัน นำไปสู่การลดอารมณ์ความรู้สึกและความคิดแบบอัตโนมัติทางด้านลบ ส่งผลให้เกิดกระบวนการพัฒนาความคิดใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้นมาแทนสามารถทำกิจกรรมใหม่ๆเข้ามาทดแทนซึ่งช่วยลดความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดลดลงได้⁷⁻⁹ นอกจากนี้แนวทางการลดความเครียดจากความต้องการการดื่มในผู้ติดสุรา ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการเจริญสติเป็นฐาน¹⁰ มีกิจกรรมที่สามารถลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด มีการรับรู้ความเครียดอันเนื่องมาจากความอยากดื่มลดลง

การพัฒนาแนวทางการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานร่วมกับการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา อำเภออย่างสี่สุราษฎร์ จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์แนวคิดสติบำบัด (mindfulness-based intervention) ร่วมกับแนวคิดการกำกับตนเอง จะช่วยเหลือและชี้แนะให้ผู้ป่วยบำบัดสุรา สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมและลดพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดผู้ติดสุรา โดยใช้สติเป็นฐานร่วมกับการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา อำเภออย่างสี่สุราษฎร์ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการ เดือนมกราคม 2563 - มิถุนายน 2564

วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and method) การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวทางการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานร่วมกับการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา ระยะเวลา 6 เดือน (มกราคม - มิถุนายน 2563)

1) วิเคราะห์ปัญหาและศึกษาสถานการณ์การใช้แอลกอฮอล์และผลกระทบต่อพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ดื่มสุรา จำนวน 12 คน, สมาชิกในครอบครัวผู้ใช้สุรา 10 คน และ อสม. ผู้นำชุมชน 8 คน รวม 30 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ใช้แอลกอฮอล์ และสมาชิกในครอบครัว ประเด็น ผลกระทบจากการใช้แอลกอฮอล์ เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม และความเครียด

สนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ประเด็น ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อชุมชน และปัญหาการบำบัดสุราในพื้นที่ และสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วม

จากชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในพื้นที่

2) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นเกี่ยวกับ ข้อบ่งใช้ของการทำกระบวนการสถิติบำบัด โดยการมุ่งเน้นดำเนินการในผู้ที่มีแนวโน้มเป็นคนใช้เหตุผล และต้องการการบำบัดรักษาด้วยการพัฒนาและปรับปรุงตนเอง มากกว่าที่จะมุ่งเน้นการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว

การพัฒนาแนวทางการบำบัดของผู้ป่วยบำบัดสุรา มีรายละเอียด ดังนี้

1) ประเมินความรุนแรงของการดื่มสุราด้วยแบบคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Audit) มีคะแนน < 20

2) ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการเลิกดื่มสุรา

3) ประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

4) กระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม 8 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 1.30-2 ชม. ระยะเวลาแต่ละครั้งจะห่างกัน 1 สัปดาห์

จากข้อค้นพบ สร้างแนวทางการบำบัดโดยการใช้สถิติเป็นฐานร่วมกับการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา กิจกรรม 8 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง เว้นระยะห่างของกิจกรรมแต่ละครั้ง 1 สัปดาห์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แนวทางการบำบัดโดยการใช้สถิติเป็นฐานร่วมกับการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา

กิจกรรม	ประเด็น	วัตถุประสงค์	สาระสำคัญ
ครั้งที่ 1	การจัดการกับความรำคาญใจ	-เพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง -สามารถฝึกสมาธิหลับตาและลืมตาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม -สามารถวางแผนนำสมาธิในการหยุดความอยากดื่มสุราได้	การฝึกสมาธิ/สติ จะช่วยลดความรำคาญของจิตใจของผู้ที่ฝึก หลังจากการฝึกสมาธิแล้ว ความสงบของสมาธิจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีสติดีขึ้นในการดำเนินชีวิต
ครั้งที่ 2	การดำเนินชีวิตอย่างมีสติ	-ฝึกการพัฒนาสติขั้นพื้นฐานและสติตามการใช้งาน ภายในและภายนอกได้ -วางแผนการฝึกสติไปใช้ในชีวิตรประจำวัน เพื่อหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น ในการอยากดื่มสุราได้	-การฝึกวิธีการรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบัน จิตใจจะกลับมาสงบและทำกิจต่อไปได้โดยไม่รำคาญ -สติที่ได้รับการฝึกจะทำให้ป้องกันการกลับมาดื่มสุราซ้ำได้
ครั้งที่ 3	รู้จักปล่อยวาง อารมณ์และความอยาก	-ฝึกการพัฒนาสติขั้นพื้นฐานและสติตามการใช้งาน ภายในและภายนอกได้	-ใช้สติดูความรู้สึกที่สะท้อนความรู้สึกทางใจด้วยจิตที่ปล่อยวาง และการฝึก

ตารางที่ 1 แนวทางการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานร่วมกับการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา (ต่อ)

กิจกรรม	ประเด็น	วัตถุประสงค์	สาระสำคัญ
		-วางแผนการฝึกสติในชีวิตประจำวันเพื่อหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นในการอยากดื่มสุราได้	Body scan การเปลี่ยนแปลงและปล่อยวาง -จะช่วยลดอารมณ์และความรู้สึกอยากดื่มสุราได้
ครั้งที่ 4	รู้ทันความคิดและปล่อยวาง	-รู้ทันความคิดลบและแยกความคิดกับความจริงและปล่อยวางได้ -เชื่อมโยงการรู้ทันความคิดและปล่อยวางเข้ากับการจัดการตัวกระตุ้นภายใน	-การสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นและดับไปของความคิดด้วยการติดป้ายความคิด -ทราบเหตุการณ์ที่ไปกระตุ้นความคิดลบ ที่จะกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่มซ้ำได้
ครั้งที่ 5	ทบทวนสัมพันธภาพใหม่	-เชื่อมโยงสัมพันธภาพกับความรู้สึกที่รุนแรง (ตัดตัวกระตุ้นภายใน) และปรับปรุงสัมพันธภาพ -สามารถปล่อยวางความคิดลบและมองเห็นสัมพันธภาพในแงุ่มใหม่	-ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิดและจนกลายเป็นตัวกระตุ้นให้คิดหรืออยากดื่ม -การมองและมีสัมพันธภาพทางบวกและการมีสติ จะช่วยให้มองเห็นสัมพันธภาพในแงุ่มใหม่ นำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้นสำหรับป้องกันการดื่มซ้ำ
ครั้งที่ 6	ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น	-เพื่อระบุปัญหาการสื่อสารที่พบบ่อยกับบุคคลใกล้ชิด และผลที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงกับการดื่มซ้ำ -ใช้สติในการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทางได้	-คำพูดและท่าทางที่เป็นลบทำให้มีอารมณ์ทางลบและเกิดปัญหากับคนใกล้ชิดกลายเป็นตัวกระตุ้นให้อยากดื่มซ้ำ -การสื่อสารช่วยให้ได้รับการยอมรับ เกิดความเข้าใจระหว่างกันและช่วยแก้ไขปัญหได้ดีขึ้น
ครั้งที่ 7	เมตตาและให้อภัย	-เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถเชื่อมโยงสติกับการให้อภัยและเมตตาตนเองและผู้อื่นได้	-สติทำให้เกิดความมั่นคงและยอมรับตนเองได้ดีขึ้น -จิตที่มีสติจะสามารถยอมรับ ช่วยขจัดความขุ่นเคืองใจเปิดกว้าง ช่วยลดอารมณ์รุนแรงได้

ตารางที่ 1 แนวทางการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานร่วมกับการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา (ต่อ)

กิจกรรม	ประเด็น	วัตถุประสงค์	สาระสำคัญ
ครั้งที่ 8	ชีวิตดี เดิมน้ำ	-สามารถตระหนักถึงโอกาสการเกิด อาการเดิมซ้ำได้อีกและเมื่อต้องเผชิญ ความยุ่งยากใจ สามารถรับมือกับอาการ เหล่านั้นได้	- สร้างภูมิคุ้มกันให้กับจิตใจที่ดีที่สุดคือ ดำเนินชีวิตไม่ประมาท ผีกลสมาธิและ สติในชีวิตประจำวันให้เป็นวิถีชีวิต
-กิจกรรมให้กำลังใจกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำการบ้านและตรวจสอบความเข้าใจทุกรอบ -กิจกรรม 5,6 และ 8 สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมสุนทรียสนทนา			

ระยะที่ 2 ศึกษาผลการใช้แนว
ทางการบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานและ
การกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา
ระยะเวลา 12 เดือน (กรกฎาคม 2563 -
มิถุนายน 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบำบัด
สุราที่ใช้แบบคัดกรองปัญหาการดื่ม
แอลกอฮอล์ มีคะแนน < 20 ที่ลงทะเบียนเข้า
ร่วมรับการบำบัด ของอำเภอยางสีสุราช
จังหวัดมหาสารคาม ใช้เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ
18 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิง สื่อสารได้ดีและ
สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และคัดผู้ที่เจ็บป่วย
เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลและผู้ที่ย้ายที่อยู่หรือผู้ที่ขอ
ถอนตัวระหว่างการดำเนินกิจกรรมออกจาก
การศึกษา

เลือกตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
ได้ตัวอย่างจำนวน 12 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ
เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ปัญหา

สุขภาพ โรคประจำตัวและการรับการรักษา
ด้วยยา

2) แบบคัดกรองปัญหาการดื่ม
แอลกอฮอล์ (The Alcohol Use Disorder
Identification Test; AUDIT)¹¹ มีค่าความไว
83.5% ความจำเพาะ 79.9% และค่าความ
เชื่อมั่น = 0.86

3) แบบประเมินความเครียด
ประยุกต์จากกรมสุขภาพจิต¹²

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
ประยุกต์จาก ธรณินทร์ กองสุข และคณะ¹³
ที่มีค่าความไว 86.15% ความจำเพาะ
83.12%

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักวิจัยใน
พื้นที่อำเภอยางสีสุราช โดยทำหนังสือเชิญ
ตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือกตามรายชื่อที่มี
คุณสมบัติตามเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วม
กิจกรรม โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อน
ดำเนินการและหลังกิจกรรมสิ้นสุด 1, 6 และ
12 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้
สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ คือ จำนวน ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ McNemar test

การพหุสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 03/2563 เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2563

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 24.9 ปี (SD 2.6) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา 75.0% มากกว่าครึ่งมีคู่สมรส และอาศัยอยู่กับครอบครัว 58.33% ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับยารักษาด้วยจำนวน 4 คน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	100
อายุ		
14-19 ปี	4	33.34
20-29 ปี	7	58.33
> 29 ปี	1	8.33
อายุเฉลี่ย 24.9 ปี SD 2.6, อายุต่ำสุด 14 ปี, อายุสูงสุด 45 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	8.33
มัธยมศึกษา	9	75.0
สูงกว่ามัธยมศึกษา	2	16.67
สถานภาพสมรส		
โสด	2	16.67
คู่	7	58.33
หย่า/แยก	3	25.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	10	83.34
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	1	8.33
ไวรัสตับอักเสบบี	1	8.33
ได้รับการรักษาด้วยยาด้วย		
ใช่	4	33.33
ไม่ใช่	8	66.67

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินการใช้แนวทางบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานและการกำกับตนเองของผู้ป่วยบำบัดสุรา มีผู้ที่ดื่มสุราในระดับเดิม ร้อยละ 91.67 หลังดำเนินการเดือนที่ 1 ลดลงเหลือร้อยละ 8.33 ($p=0.047$) และหลังดำเนินการในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 พบว่าไม่มีผู้ที่ดื่มสุราปริมาณในระดับเดิม โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีผู้ที่ลดการดื่มลงหลังดำเนินการในเดือนที่ 1 ร้อยละ 66.67 ($p<0.001$) เดือนที่ 6 และ 12 ร้อยละ 25 ($p<0.001$) และที่สำคัญพบว่า มีผู้ที่หยุดดื่มสุราได้เลย ในเดือนที่ 1 ร้อยละ 25 เดือนที่ 6 และ 12 ร้อยละ 75 ซึ่งถือว่าเพิ่มขึ้น

มากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.042$)

ส่วนด้านคะแนนของระดับการดื่มพบว่า หลังดำเนินการในเดือนที่ 1 มีผู้ที่ดื่มแบบปลอดภัยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 40 ($p<0.001$) มีผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยงและแบบมีปัญหาลดลงเหลือ ร้อยละ 40 ($p=0.064$) และร้อยละ 20 ($p<0.001$) ตามลำดับ ส่วนในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 พบว่าไม่มีผู้ดื่มแบบมีปัญหาเลย และที่สำคัญผู้ดื่มแบบปลอดภัยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 66.67 และดื่มแบบเสี่ยงลดลงเหลือ ร้อยละ 33.33 ซึ่งแตกต่างจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.025$ และ 0.041 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การประเมินผลการดื่มและคะแนนระดับการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ								
			1 เดือน			6 เดือน			12 เดือน		
	N	%	N	%	p-value	N	%	p-value	N	%	p-value
1. การประเมินผลการดื่ม											
-ดื่มระดับเดิม	11	91.67	1	8.33	0.047	0	0	<0.001	0	0	<0.001
-ลดการดื่มลง	1	8.33	8	66.67	<0.001	3	25.0	<0.001	3	25.0	<0.001
-หยุดดื่ม	0	0	3	25.0	0.053	9	75.0	0.042	9	75.0	0.042
2. คะแนนระดับการดื่มจากการประเมิน AUDIT											
-ดื่มแบบปลอดภัย (0-7 คะแนน)	2	16.67	4	40.0	<0.001	2	66.67	0.025	2	66.67	0.025

ตารางที่ 3 การประเมินผลการดื่มและคะแนนระดับการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อน ดำเนินการ		หลังดำเนินการ								
			1 เดือน			6 เดือน			12 เดือน		
	N	%	N	%	p-value	N	%	p-value	N	%	p-value
-ดื่มแบบ เสี่ยง (8-15 คะแนน)	6	50.0	4	40.0	0.064	1	33.33	0.041	1	33.33	0.041
-ดื่มแบบมี ปัญหา (16-19 คะแนน)	4	33.33	2	20.0	<0.001	0	0	<0.001	0	0	<0.001

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษาและพัฒนาแนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุรา ที่ควรเริ่มต้นโดยการประเมินความรุนแรงของการดื่มสุรา การประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการเลิกดื่ม การวิเคราะห์ความเครียดเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ทำการบำบัดได้มีข้อมูลในการจัดการของแต่ละรายบุคคลได้¹⁴⁻¹⁶ ซึ่งกระบวนการบำบัดการประเมินความรุนแรงของการดื่มสุราเป็นการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยแต่ละคนดื่มสุราที่มากเกินไปหรือไม่ ซึ่งมีส่วนช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพที่ให้บริการในชุมชนสามารถวิเคราะห์ผู้รับบริการได้ว่าบุคคลนั้นมีปัญหาการดื่มสุราและมีความเสี่ยงในระดับใด การค้นหาระดับความเสี่ยงที่แตกต่างกันจะช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุราในทุกรูปแบบได้¹⁷

แรงจูงใจและความพร้อมของผู้ป่วยต่อการเลิกดื่มสุรา ถือเป็นแนวคิดที่สำคัญและเป็นปัจจัยเสริมสร้างเพื่อจูงใจผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดที่เป็นระบบ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบที่ได้ผลอย่างดีในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน¹⁸ ช่วยให้ผู้ดื่มสุรามีแรงจูงใจ แสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายและพฤติกรรมนั้นมีความคงทน การบำบัดรายกลุ่มจะช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน ดึงคนเข้าด้วยกัน ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ดื่มสุราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราให้ลดลงได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า การ

เสริมสร้างแรงจูงใจนี้มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ใช้สุรามีความตั้งใจในการหยุดสุราสูง¹⁹ ที่พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ สามารถนำไปโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ติดสุราเพื่อส่งผลต่อการเพิ่มความตั้งใจในการหยุดดื่มสุราลดพฤติกรรม การดื่มสุราและนำไปสู่การเลิกดื่มสุราได้ในที่สุด

การประเมินและวิเคราะห์ในประเด็นความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ที่วางแผนเพื่อการบำบัดสุรา เป็นการประเมินข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนในการจัดการปัญหา ความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อที่จะส่งผลให้ประสบผลสำเร็จในการบำบัดสุรา²⁰ เนื่องจากปกติแล้วผู้ที่ติดสุรามักจะพบสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อาการเศร้า นอนไม่หลับ กังวลใจ มีความยุ่งยากในการเผชิญกับสังคม ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น ผู้ป่วยมักจะใช้วิธีการดื่มสุราเป็นวิธีการจัดการกับปัญหา ซึ่งถือว่าเป็นการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์โดยการดื่มสุรา เพื่อเบี่ยงเบนอารมณ์หรือบรรเทาความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อมีข้อมูลความเครียดและวิตกกังวลของผู้เข้ารับ การบำบัดจะช่วยให้ผู้ให้บริการมีข้อมูลสำหรับการวางแผนป้องกันและการจัดการกับความรู้สึกอยากดื่มได้

กระบวนการใช้สติเป็นพื้นฐานร่วมกับการกำกับตนเอง ที่ประกอบด้วย การคัดกรอง การดื่มสุราเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลตาม

ระดับความรุนแรง มีทีมสหวิชาชีพร่วมดำเนินงาน โดยเน้นให้ผู้ป่วยกำกับตนเองโดยการบันทึกพฤติกรรมประจำวัน โดยมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจเพื่อสังเกต สอดส่องและกำกับพฤติกรรม²¹ จากการดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสามารถลดการใช้สุราลงได้ และมีหลายคนที่สามารถหยุดดื่มสุราได้ โดย สติ คือ การระลึกรู้ และตั้งใจอยู่กับประสบการณ์เรื่องราวที่เกิดขึ้นในขณะนั้นเวลานั้น โดยการยอมรับตามความเป็นจริงและไม่ตัดสินต่อประสบการณ์นั้นๆ ผู้ที่มีสติจะสามารถแยกแยะสภาวะทางอารมณ์และการเจริญสติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเพิ่มความสามารถทางความคิด ความตั้งใจเมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้น โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสุราแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้สุราและความอยากสุรา²²

แนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุราครั้งนี้เสริมด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการติดตามและเสริมแรงผู้บำบัดเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง²³ เป็นวิธีที่สำคัญที่ช่วยให้ผลการศึกษาคั้งนี้บรรลุผลลัพธ์ที่ดี โดยได้สนับสนุนให้ผู้บำบัดและสมาชิกในครอบครัวได้พยายามทบทวนพฤติกรรมของตนเองในชีวิตประจำวัน การฝึกสติที่บ้าน ค้นหาวิธีการทางเลือกในการจัดการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับความรู้สึกอยากกลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ที่ผ่านการบำบัด 1 ราย สามารถเป็นบุคคล

ต้นแบบเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมบำบัด
สุราในชุมชน และผู้ที่ผ่านการบำบัดที่อยู่ใน
วัยเรียนสามารถกลับไปเข้าเรียนในระบบ
อย่างต่อเนื่องได้ สามารถลดปัญหาการ
ทะเลาะวิวาทภายในครอบครัวและในชุมชน
ได้

การศึกษาค้นคว้าดำเนินกิจกรรมการ
ภายใต้บริบทของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วน
เสียในชุมชนและข้อคิดเห็นจากสมาชิกใน
ครอบครัว กิจกรรมการบำบัดจึงได้รับความ
ร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ช่วยให้ผลลัพธ์
การศึกษาวรรลุตามวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตาม
การประเมินผลและเปรียบเทียบผล
การศึกษาในระยะที่ 2 ของการวิจัย เป็นการ
ออกแบบการประเมินผลโดยการเปรียบเทียบ
ภายในกลุ่มก่อนและหลังดำเนินการ ไม่มี
กลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อยุติ (Conclusions)

แนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุราโดยใช้
สติเป็นพื้นฐานร่วมกับการกำกับตนเอง
สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนา
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราหรือยาเสพติด
ในชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Global
status report on alcohol and health—
2018. [online] 2022 [cited 2022

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การศึกษาค้นคว้าต่อไปที่ต้องการยืนยันผล
จากแนวทางที่พัฒนาขึ้นจริง ควรมีการ
ออกแบบการวิจัยโดยการทดลองแบบสุ่มและ
มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อช่วยยืนยันผลว่าแนว
ทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุราโดยใช้สติเป็น
พื้นฐานร่วมกับการกำกับตนเองที่พัฒนาขึ้นมี
ประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์จริง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การพัฒนาแนวทางการบำบัดผู้ป่วยติด
สุรา เป็นกิจกรรมที่เป็นระบบและเหมาะสม
กับบริบทของชุมชน การศึกษานี้พบว่าแนว
ทางการใช้สติร่วมกับการกำกับตนเอง
สามารถถ่ายทอดกิจกรรมเพื่อการบำบัดและ
ติดตามผู้ป่วยให้สารเสพติดกลุ่มอื่นในชุมชน
เพื่อให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาให้
ได้มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ สมาชิกในครอบครัว
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ที่ให้ข้อมูล
และเข้าร่วมกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อการ
ดำเนินการวิจัย

December 25]. Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.

2. Alpert HR, Slater ME, Yoon YH, Chen CM, Winstanley N, Esser MB. Alcohol consumption and 15 causes of fatal injuries: A systematic review and meta-analysis. **Am J Prev Med** 2022; 63: 286–300.
3. Wakabayashi M, McKetin R, Banwell C, Yiengprugsawan V, Kelly M, Seubsman SA, et al. Thai Cohort Study Team. Alcohol consumption patterns in Thailand and their relationship with non-communicable disease. **BMC public health** 2015; 15: 1-9.
4. Princess Mother National Institute on Drugs Abuse Treatment. **Statistics for all alcohol patients fiscal year 2018-2022**. [online] 2023 [cited 2023 March 12] . Available from: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3872&Itemid=53. [in Thai].
5. Mahasarakham Provincial Public Health Office. **Supporting Documents for Civil Service Inspection and Supervision of the Ministry of Public Health, Round 2, Fiscal Year 2022**. [online] 2022 [cited 2022 December 13] . Available from: <http://mkho-web.moph.go.th/web2023/frontend/w>eb/index.php/showdetail?id=26. [in Thai].
6. Magill M, Kiluk BD, Ray LA. Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: Is a one-size-fits-all approach appropriate? **Subst Abuse Rehabil** 2023; 14: 1-11.
7. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. **Journal of consulting and clinical psychology** 2010; 78(3): 362–374.
8. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. **JAMA psychiatry** 2014; 71(5): 547–556.
9. Mutumba M, Moskowitz JT, Neillands TB, Lee JY, Dilworth SE, Carrico AW. A mindfulness-based, stress and coping model of craving in methamphetamine users. **PLoS one** 2021; 16(5): 1-13.
10. Plubplachai T, Seeherunwong A, Panitrat R. Mindfulness Based

- Intervention for Reduction of Stress Reactivity in Patients with Alcohol Dependence: Evidences- Based Practice. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2013; 58(2): 207-218. [in Thai].
11. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. **Alcoholism, clinical and experimental research** 2005; 29(11): 2001–2007.
 12. Mahatnirunkul S, Pumpisalchai W, Thapanya P. The Construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. **Bulletin of Suan Prung** 1997; 13(3): 1-20. [in Thai].
 13. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion- Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2018; 63(4): 321-334. [in Thai].
 14. Wiroteurairuang K, Seelakul A, Charoenchai W. The guideline development of alcohol withdrawal treatment for inpatients, Prasimahabodi psychiatric hospital. **Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry** 2021; 15(1): 29-48. [in Thai].
 15. Sittipong K. The motivation of quit using drugs of patients at Thanyalak Khonkaen hospital. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 5(2): 217-239. [in Thai].
 16. Polchai S. Effects of the Klaibann Klaijai Program on the Care of Patients with Alcohol Dependence with Alcohol Withdrawal in a Psychiatric Clinic at Yasothon Hospital. **Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong** 2021; 5(1) : 92-105. [in Thai].
 17. World Health Organization. **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care.** [online] 2022 [cited 2022 November 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>
 18. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for

- Change (2nd ed). **New York: Guilford Press**; 2010.
19. Bualuang T, Hengudomsub P, Chaisena Dallas J. The Effects of Motivational Enhancement Program on Intention to Stop Drinking and Drinking Behavior among Males with Risky Drinking. **Journal of The Royal Thai Army Nurses** 2018; 19 (Supplement): 119-128.
20. Hasking PA, Oei TPS. Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample. **Addictive Behaviors** 2007; 32: 99–113.
21. Juntarawiwat T, Jaimun B, Boonkerd S. Mindfulness-based interventions for alcohol addiction: Application in nursing. **Journal of health and nursing education** 2020; 26(2): 226-237.
22. Garland EL, Howard MO. Mindfulness-based treatment of addiction: Current state of the field and envisioning the next wave of research. **Addiction Science & Clinical Practice** 2018; 13(1): 1-14.
23. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. **J Adv Nurs** 1991; 16(3): 354-361.

ความชุก และผลกระทบจากการดื่มสุราในจังหวัดนครราชสีมา

รังสิยา วงศ์อุปปา*, พูนรัตน์ ลียติกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อสำรวจความชุกของผู้ที่ดื่มสุรา และประเมินผลกระทบจากการดื่มสุราของทั้งผู้ดื่มสุราและบุคคลอื่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยในชุมชน โดยเป็นพื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 1,520 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างในการได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราแยกเพศด้วย Chi Square

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ยประมาณ 38.7 ปี (SD=15.2) มีความชุกของการเคยดื่มสุราร้อยละ 62.4 อายุในการดื่มสุราครั้งแรกเฉลี่ย 18.7 ปี โดยผู้ที่เคยดื่มสุราครั้งอายุต่ำสุด 10 ปี สูงสุด 45 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มสุรา 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 27.8 และมีการดื่มสุราทุกวันร้อยละ 10.3 การประเมินผลกระทบจากผู้ดื่มสุราแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทรัพย์สิน โดยพบว่าผลกระทบด้านร่างกาย ที่พบมากที่สุด คือ มีการทะเลาะวิวาท ร้อยละ 34.6 ผู้ชายได้รับผลกระทบมากกว่าผู้หญิง (P-value<0.05) ได้แก่ ถูกตีทำร้ายร่างกาย ทะเลาะวิวาท เกิดอุบัติเหตุจากรถโดยสารรถที่ผู้ขับดื่มสุรา แต่การถูกกดขี่ทางเพศผู้หญิงได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ชาย ผลกระทบด้านจิตใจที่พบมากที่สุด คือ การถูกรบกวนทำให้รู้สึกรำคาญ ร้อยละ 37.2 ผลกระทบที่ผู้ชายได้รับมากกว่าผู้หญิง (P-value<0.05) ได้แก่ พุดจาหยาบคายใส่ รบกวนทำให้รู้สึกรำคาญ ทำให้เจ็บช้ำน้ำใจ มีปัญหากับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ผลกระทบด้านทรัพย์สินที่พบมากที่สุด คือ การมีหนี้สิน ร้อยละ 22.8 ส่วนใหญ่ผู้ชายได้รับผลกระทบด้านทรัพย์สินมากกว่าผู้หญิง แต่ผลที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) คือ ผู้ดื่มสุราใช้เงินและของมีค่าของกลุ่มตัวอย่าง การใช้บริการความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ คือ การแจ้งตำรวจ

การดื่มสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ดื่ม ญาติ และชุมชน จึงควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงมหันตภัยของการดื่มสุราส่งต่อการลด ละ เลิกดื่มสุราต่อไป

คำสำคัญ: การดื่มสุรา; ความชุก; ผลกระทบ

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Poonrut Leyatikul

E-mail: poonrutlee@gmail.com

Received 06/06/2023

Revised 04/07/2023

Accepted 03/08/2023

Prevalence and impact of alcohol consumption in Nakhon Ratchasima Province

Rungsiya Wonguppa, Poonrut Leyatikul**

ABSTRACT

This survey research aimed to explore the prevalence of alcohol drinkers and to assess the impact of alcohol use on both the drinker and others. The study results showed that most of them were males, 56.20%, with an average age of 38.7 years (SD = 15.2).

The prevalence of ever drinking was 62.4% , with the average age at first drinking being 18.7. People who used to drink alcohol at the lowest age of 10 years, the highest age of 45 years, most of them drank alcohol 1-2 days/week, 27.8 %, and 10.3 % drank alcohol every day. Assessment of the impact of those who drink alcohol is divided into 3 aspects: physical impact, mental impact and property impact. The study found that the physical effects. The most common is There were quarrels of 34.6 %. Men were more affected than women. (P-value<0.05) were physically assaulted, quarrels, traffic accidents, riding in a car where the driver drinks alcohol but with sexual oppression, women are more affected than men. The most common psychological effects were Being disturbed makes them feel annoyed, 37.2 % of the effects that men receive than women. (P-value<0.05) include vulgar speech bother to feel annoyed hurt Having problems with friends or neighbors. The most common property impact is Being in debt 22.8% Most of the time, men were more affected by property than women. But the results were statistically significantly different (P-value<0.05) was that the drinker spends money and valuables of the sample. The most common use of assistance from relevant agencies is to notify the police.

Drinking alcohol is an important public health problem that affects both the drinker, relatives and the community. Therefore, there should be an awareness campaign about the dangers of drinking alcohol to create awareness and awareness the dangers of drinking alcohol continue to affect the reduction and quitting of drinking alcohol.

Keywords: Alcohol consumption; Prevalence; Impact

*Faculty of Public Health, Vongchawalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การดื่มสุราก็ทำให้เกิดปัญหาสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและสังคมทั่วโลก สุราจึงนับว่าเป็นสาเหตุของปัญหาที่มีผลกระทบด้านสุขภาพ เช่น ภาวะโรคเรื้อรัง อาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุและปัญหาทางสังคม^{1,2} สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศพบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่แล้วประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยพบการดื่มนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย³ ภาคตะวันออกออกเฉียงเหนือ มีความชุกของการดื่มสุรา (ร้อยละ 32.8) และ สูงกว่าภูมิภาคอื่น⁴ ความชุกของนักดื่มในปัจจุบัน (หมายถึงบุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 10 กรัมใน 12 เดือนก่อนการสำรวจ) อยู่ที่ 28.6% (ผู้ชาย 48.4% และผู้หญิง 12.7%)³ ปัญหาจากสุราอาจจะเกิดขึ้นได้หลังจากการดื่มเพียงครั้งเดียว หลายครั้ง หรือในผู้ที่ติดสุราเรื้อรัง การดื่มสุราและปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นลักษณะต่อเนื่องคือ เริ่มตั้งแต่ผู้ที่ไม่ดื่มเลย หรือภาวะไม่มีปัญหาเลยไปจนถึงผู้ที่ดื่มมากจนติดสุรา การใช้มาตรการในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบสามด้านในการเกิดปัญหา คือ แอลกอฮอล์ สิ่งแวดล้อม และผู้ดื่ม มาตรการที่ใช้จึงประกอบด้วยมาตรการทางกฎหมาย สังคม และการแพทย์ ซึ่งจะมีผล

ให้เกิดการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดื่มและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่ม⁴

เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์เสมือนกับยาเสพติดที่มีอันตรายต่อชีวิตทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียคนและงบประมาณมากมายเนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ^{5,6} ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้มีผลเฉพาะกับตัวผู้ดื่มเท่านั้นแต่ยังมีผลต่อผู้อื่นด้วย เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง หรือบุคคลใกล้เคียง และยังพบว่าความสัมพันธ์หลักของผลกระทบระหว่างตัวผู้ดื่มกับกลุ่มบุคคลอื่น (ที่ไม่ใช่ผู้ดื่ม) หรือ บทบาททางสังคมของผู้ดื่มจะสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน คนแปลกหน้าและตัวผู้ดื่มเอง ซึ่งส่งผลต่อด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม การทำงาน และการดำเนินชีวิต ผลกระทบเหล่านี้มีทั้งอุบัติเหตุต่างๆ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการเงิน และปัญหาในการทำงาน เช่น ทำให้ขาดงาน มาสาย หรือทำงานผิดพลาดไม่มีประสิทธิภาพ^{6,7}

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

1. เพื่อสำรวจความชุกของผู้ที่ดื่มสุรา
2. เพื่อประเมินผลกระทบจากการดื่มสุราของทั้งผู้ดื่มสุราและบุคคลอื่น

วิธีการศึกษา (Method)

แบบการศึกษา

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (cross-sectional surveys)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยในชุมชน โดยเป็นพื้นที่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา อายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 1,520 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการ

ประมาณค่าสัดส่วนประชากร ได้ขนาด

ตัวอย่างเท่ากับ 1,520 คน

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 PQ}{d^2}$$

$$d^2$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

P = สัดส่วนของผู้ดื่มสุรา ปิงปิงประมาณ 2563 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับร้อยละ 32.8

$$Q = 1 - P = 0.672$$

d = maximum allowable error = 0.025

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 (0.328)(0.672)}{(0.025)^2}$$

$$n = 1,360$$

ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{1-R}$$

$$1-R$$

$$= 1,360 / (1-0.10) = 1,360/0.90 =$$

1,511.11 (ปรับเป็น 1,520)

ได้ขนาดตัวอย่าง 1,520 คน จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi stages Sampling ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกตัวอย่างตำบลใน

อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา แบบ simple random sampling

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกตัวอย่างหมู่บ้าน

ในตำบลที่สุ่มได้ แบบ simple random sampling

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่เลือกไว้ แบบ simple random sampling

ขั้นตอนที่ 4 ประสานความร่วมมือ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล เพื่อขอ

ข้อมูลประชากรที่อาศัยในแต่ละหมู่บ้าน นำ

รายชื่อมาจัดทำ Sample frame สำหรับสุ่ม

ตัวอย่าง Simple Random Sampling ซึ่งสุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 5 นำรายชื่อมาจำแนกตาม

คุ่ม อสม. ผู้รับผิดชอบแต่ละคุ่มจะเป็นผู้เก็บ

ข้อมูล โดยสอบถามความสมัครใจ ในการตอบ

แบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 6 ก่อนการเก็บข้อมูลมีการ

อบรมผู้ช่วยภาคสนาม (อสม.) ให้ความรู้เรื่อง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของ

การศึกษา รายละเอียดของเครื่องมือ วิธีการเก็บ

รวบรวมข้อมูล โดยทำความเข้าใจแบบสอบถาม

รวมถึงขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามประเมินผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้ดื่มและ กลุ่มบุคคลอื่นโดย
แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 2 : ข้อมูลการประเมินผลกระทบจากการดื่มสุราของผู้ดื่มและ กลุ่มบุคคลอื่น

ส่วนที่ 1 การประเมินผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ใน 12 เดือนที่ ผ่านมา)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุราวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item- Objective Congruence Index: IOC) และข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากผลการตอบของผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีระดับความตรงที่ 0.5 ขึ้นไป ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานการลงเก็บข้อมูลด้วยหนังสือขอเก็บข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมาย

2. ผู้เก็บข้อมูลได้รับการอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูล และลงเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานแจ้ง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ และมีนักวิจัยหลักทำหน้าที่กำกับติดตามและดูแลการเก็บข้อมูลในภาคสนาม

3. กลุ่มประชากรที่ศึกษา มีอายุระหว่าง 15 ปีขึ้นไป ซึ่งจะได้รับการชี้แจงข้อมูลเพื่อแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเองก่อนที่จะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงลักษณะ ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยนำเสนอในรูปแบบตารางสถิติพื้นฐาน ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

- สถิติวิเคราะห์ (Analytic statistics) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลกระทบการดื่มสุรากับเพศ โดยคำนวณค่า Chi Square

ผลการศึกษา (Results)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
• ชาย	845	56.2
• หญิง	659	43.8
อายุ (ปี)		
• ≤ 15	55	3.6
• 16 - 25	335	22.2
• 26 - 45	538	35.7
• 46 - 60	468	31.0
• 61 ขึ้นไป	112	7.4
Min=12, Max=74, Mean=38.7, SD=15.2		
การศึกษา		
• ไม่ได้ศึกษา	51	3.4
• ประถมศึกษา	454	29.9
• มัธยมศึกษา	436	28.8
• ปวช./ปวส.	374	24.7
•ปริญญาตรี/โท/เอก	201	13.3
อาชีพ		
• เกษตรกรรวม	35	2.3
• รับจ้าง	755	49.8
• รับราชการ/พนักงานรัฐ	160	10.6
• ค้าขาย	178	11.7
• อื่น ๆ	388	25.6

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1,504 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.20 อายุเฉลี่ยประมาณ 38.7 ปี (SD=15.2) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.6 รองลงมาเป็นโสดร้อยละ 40.5 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด

ร้อยละ 29.9 รองลงมามัธยมศึกษาร้อยละ 28.8 และ ปวช./ปวส. ร้อยละ 24.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 49.8 สถานะการทำงาน ปัจจุบันมีงานประจำร้อยละ 33.5 รับจ้างรายวัน ร้อยละ 31.7 และไม่มีการทำงานร้อยละ 20.3

ตาราง 2 ความชุกของผู้ดื่มสุราและอายุเมื่อดื่มสุราครั้งแรก

	รวม n (%)	ชาย n (%)	หญิง n (%)	P-value*
ความชุกของการดื่มสุรา (ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)				
• ดื่ม	949(62.4)	721(76.1)	228(23.9)	0.000
• ไม่ดื่ม	571(37.6)	135(23.6)	436(76.4)	
อายุเมื่อดื่มครั้งแรก (ปี)				
• 10-15	217(22.9)	161(77.0)	48(23.0)	0.000
• 16-20	568(59.9)	438(78.2)	122(21.8)	
• 21-30	140(14.8)	103(73.6)	37(26.4)	
• 31-45	24(2.5)	8(33.3)	16(66.7)	
Min=10, Max=45, Mean=18.7, SD=4.3				
ชาย Min=12, Max=38, Mean=18.3, SD=3.7				
หญิง Min=10, Max=45, Mean=19.9, SD=6.2				
การดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
• ทุกวัน	97(10.3)	85(87.6)	12(12.4)	0.000
• มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์	36(3.8)	24(66.7)	12(33.3)	
• 3-5 วันต่อสัปดาห์	159(16.9)	127(79.9)	32(20.1)	
• 1-2 วัน/สัปดาห์	262(27.8)	211(80.5)	51(19.5)	
• 2-3 วัน/เดือน	163(17.3)	111(68.1)	52(31.9)	
• เดือนละวัน	80(8.5)	65(81.3)	15(18.7)	
• ปีละ 1-11วัน	145(15.4)	94(64.8)	51(35.2)	

กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของการเคยดื่มสุราร้อยละ 62.4 อายุในการดื่มสุราครั้งแรกเฉลี่ย 18.7 ปี โดยผู้ที่เคยดื่มสุราครั้งแรกอายุต่ำสุด 10 ปี สูงสุด 45 ปี ผู้หญิงเริ่มดื่มสุราอายุมากกว่าผู้ชายโดยมีอายุที่เริ่มดื่มสุรา 12 ปี และมีอายุเฉลี่ยในการเริ่มดื่มสุรา 19.9 ปี ขณะที่ผู้ชายเริ่มดื่มสุราครั้งแรกอายุ 10 ปี มีอายุเฉลี่ยในการเริ่ม

ดื่มสุรา 18.3 ปี พฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มสุรา 1-2 วัน/สัปดาห์ มากที่สุดร้อยละ 27.8 รองลงมาดื่ม 2-3 วัน/เดือน ร้อยละ 17.3 และ ดื่ม 3-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 16.9 พบว่ามีการดื่มสุราทุกวันร้อยละ 10.3

ตารางที่ 3 ผลกระทบจากการดื่มสุราด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทรัพย์สินแยกตามเพศ

ผลกระทบจากการดื่มสุรา	รวม n (%)	ชาย n (%)	หญิง n (%)	P-value*
ผลกระทบด้านร่างกาย				
• ผลักหรือชน	441(29.3)	224(50.8)	217(49.2)	0.060
• ถูกตี ทำร้ายร่างกาย	243(16.2)	149(61.3)	94(38.7)	0.001*
• ทะเลาะวิวาท	520(34.6)	329(63.3)	191(36.7)	0.043*
• เกิดอุบัติเหตุจากรถ	337(22.4)	194(57.6)	143(42.2)	0.021*
• ถูกกดขี่ทางเพศ	30(1.9)	12(40.0)	18(60.0)	0.013*
• โดยสารรถที่ผู้ขับดื่มสุรา	370(24.6)	207(55.9)	163(44.1)	0.000*
ผลกระทบด้านจิตใจ				
• พุดจาหยาบคายใส่	494(32.8)	274(55.5)	220(44.5)	0.000*
• ทำให้เจ็บช้ำน้ำใจ	308(20.5)	178(57.8)	130(42.2)	0.001*
• รบกวนทำให้รู้สึกรำคาญ	559(37.2)	328(58.7)	231(41.3)	0.000*
• คุกคามทำให้หวาดกลัว	78(5.2)	36(46.2)	42(53.8)	0.238
• มีปัญหาคบครอง	258(17.6)	149(57.8)	109(42.2)	0.443
• มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน	197(13.1)	119(60.4)	78(39.6)	0.005*
ผลกระทบด้านทรัพย์สิน				
• ทำลายข้าวของ	141(9.4)	79(56.0)	62(44.0)	0.845
• ทำลายทรัพย์สินบ้านเรือน รถยนต์	141(9.4)	86(61.0)	55(39.0)	0.527
• ผู้ดื่มสุราใช้เงินและของมีค่าของคุณ	172(11.4)	95(55.2)	77(44.8)	0.009*
• ไม่มีเงินใช้จ่ายในครอบครัว	237(15.6)	141(59.5)	96(40.5)	0.758
• มีหนี้สิน	343(22.8)	212(61.8)	131(38.2)	0.685
• เกิดความสูญเสียทรัพย์สิน	124(8.2)	57(46.0)	67(54.0)	0.824

*P-value: Chi-square test

การประเมินผลกระทบจากผู้ดื่มสุรา แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทรัพย์สิน โดยพบว่า ผลกระทบด้านร่างกาย ที่พบมากที่สุด คือ มีการ

ทะเลาะวิวาท ร้อยละ 34.6 รองลงมา คือ ถูก ผลักหรือชน ร้อยละ 29.3 โดยสารรถที่ผู้ขับดื่มสุรา ร้อยละ 24.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า ผู้ชายได้รับผลกระทบด้าน

ร่างกายมากกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) ได้แก่ ถูกตีทำร้ายร่างกาย ทะเลาะวิวาท เกิดอุบัติเหตุจากรถโดยสารรถที่ผู้ขับขี่ดื่มสุรา แต่ผลกระทบการถูกกดขี่ทางเพศ ผู้หญิงได้รับมากกว่าผู้ชาย ($P\text{-value}<0.05$)

ผลกระทบด้านจิตใจ

ที่พบมากที่สุด คือ กระทบทำให้รู้สึกรำคาญ ร้อยละ 37.2 รองลงมา คือ พุดจาหยาบคายใส่ ร้อยละ 32.8 ทำให้เจ็บช้ำน้ำใจ ร้อยละ 20.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า ผู้ชายได้รับผลกระทบด้านจิตใจมากกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) ได้แก่ พุดจาหยาบคายใส่ กระทบ

ทำให้รู้สึกรำคาญ ทำให้เจ็บช้ำน้ำใจ มีปัญหา กับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน

ผลกระทบด้านทรัพย์สิน

ที่พบมากที่สุด คือ การมีหนี้สิน ร้อยละ 22.8 รองลงมา คือ ไม่มีเงินใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 15.6 ผู้ดื่มสุราใช้เงินและของมีค่าของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ชายได้รับผลกระทบด้านทรัพย์สินมากกว่าผู้หญิง มีเพียงเกิดความสูญเสียทรัพย์สินผู้หญิงได้รับผลกระทบมากกว่า และผลกระทบด้านทรัพย์สินที่ผู้หญิงกับผู้ชายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) คือ ผู้ดื่มสุราใช้เงินและของมีค่าของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 การใช้บริการความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา)

ความช่วยเหลือจากหน่วยงาน	รวม n (%)	ชาย n (%)	หญิง n (%)	P-value*
● การแจ้งตำรวจ	117(7.8)	67(57.3)	50(42.7)	0.846
● การไปรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล	62(4.1)	54(87.1)	8(12.9)	0.000*
● การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ	51(3.4)	35(68.6)	16(31.4)	0.084
● การไปขอรับคำปรึกษาที่ศูนย์ให้คำปรึกษาต่าง ๆ เช่น ฮอทไลน์ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	11(0.7)	4(36.4)	7(63.6)	0.228
● การขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้นำศาสนา เพื่อน	52(3.5)	26(50.0)	26(50.5)	0.395

*P-value: Chi-square test

การใช้บริการความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าการขอความ

ช่วยเหลือจากหน่วยงานมากที่สุด คือ การแจ้งตำรวจ ร้อยละ 7.8 รองลงมา คือ การไปรักษาที่

แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ร้อยละ 4.1 การขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้นำศาสนาหรือเพื่อน ร้อยละ 3.5 และ การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 3.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศ พบว่า มีเพียงร้อยละ 0.7 ที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ และเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และการใช้บริการความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การไปรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลผู้ชายไปใช้บริการมากกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

วิจารณ์ (Discussions)

ความชุกของการเคยดื่มสุราของประชาชนที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.4 แตกต่างจากผลการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.)⁸ ซึ่งพบว่าอัตราการดื่มสุรามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 34.0 ในปี 2538 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี 2564 ซึ่งมีผลมาจากการรณรงค์งดดื่มสุรารวมทั้งสถานการณ์โควิด 19 ให้ห้ามสุราในสถานที่ต่าง ๆ กชพร ลำพองพวง และสมเดช พินิจสุนทร⁹ พบความชุกของดื่มสุราร้อยละ 43.8 และ ผกาวรัตน์ ฤทธิ์วิเศษ¹⁰ พบกลุ่มตัวอย่างเคยดื่มสุราในช่วงชีวิตร้อยละ 52.9 จะเห็นว่าผลการศึกษามีความชุกในการดื่มสุราอยู่ในอัตราที่สูง อาจเนื่องจากการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายและสามารถซื้อได้ตามร้านสะดวกซื้อทั่วไป ส่งผลต่อการเกิดนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้น มีอายุเมื่อแรกดื่มสุราน้อยลง

โดยมีอายุเริ่มดื่มต่ำกว่า 15 ปี จากผลการศึกษาพบว่าอายุในการดื่มสุราครั้งแรก 10 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรามค์ทิพย์ อุจะรัตน์ และคณะ¹¹ ศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยเขตเมืองพบมีผู้ดื่มกลุ่มวัยรุ่น 13-19 ปี ร้อยละ 11.2 โดยมีอายุที่เริ่มดื่มครั้งแรกเพียง 7 ปี

ผลกระทบจากผู้ดื่มสุราทั้งด้านร่างกายจิตใจและทรัพย์สินส่วนใหญ่เพศชายจะได้รับผลกระทบมากกว่าเพศหญิง ผลกระทบด้านร่างกาย ที่พบมากที่สุด คือ มีการทะเลาะวิวาท และโดยสารรถที่ผู้ขับดื่มสุรา การเกิดอุบัติเหตุจราจร ซึ่งส่งผลเป็นอันตรายถึงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร¹² พบผลกระทบด้านสังคม ร้อยละ 61.7 มากที่สุด คือ การเป็นคู่กรณีอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 15.7 มานพ คณะโต และคณะ⁶ พบผลกระทบจากการดื่มสุรา ร้อยละ 36.1 มีการทะเลาะวิวาท และร้อยละ 30.7 ประสบอุบัติเหตุทางการจราจร และสำนักโรคไม่ติดต่อ¹³ พบความชุกของการขับรถหรือขี่มอเตอร์ไซด์หลังดื่มสุราอยู่ที่ร้อยละ 20.0

ผลกระทบด้านจิตใจที่พบมากที่สุด คือ การถูกรบกวนทำให้รู้สึกรำคาญ พุดจาหยาบ คายใส่ ซึ่งเป็น สิ่งที่จะนำไปสู่การทะเลาะวิวาท และอาจรุนแรงถึงการเกิดอาชญากรรม สอดคล้องกับ อรทัย วลีวงศ์ และคณะ¹⁴ พบว่าฐานข้อมูลอาชญากรรมประเมินค่าคดีจากศาลอาญาที่พิจารณาเสร็จ พบว่ามีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา ร้อยละ 11.8 และผลกระทบด้าน

ทรัพย์สิน ที่พบ คือ การมีหนี้สิน ไม่มีเงินใช้จ่าย ในครอบครัวมีผลต่อการดำรงชีวิตสอดคล้องกับ การศึกษาของกนกวรรณ จังอินทร์ และ สมเดช พินิจสุนทร¹² พบว่าครอบครัวได้รับผลกระทบ จากการดื่มสุราของคนในครอบครัวด้าน เศรษฐกิจมากที่สุด (ร้อยละ 84.7) โดยร้อยละ 27.8 พบปัญหาทางการเงินของครอบครัว และงานวิจัยของพงษ์ศักดิ์ อันมอย¹⁵ พบว่า ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ด้านสังคมพบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจพบมาก ที่สุด คือ การจ่ายเงินในการซื้อแอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.7

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการเคย ดื่มสุราร้อยละ 62.4 อายุในการดื่มสุราครั้งแรก 10 ปี พบผลกระทบจากผู้ดื่มสุราแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ ด้านทรัพย์สินเปรียบเทียบผู้ได้รับผลกระทบแยก เพศ พบว่าผลกระทบส่วนใหญ่ผู้ชายจะได้รับ ผลกระทบมากกว่าผู้หญิงผลกระทบเหล่านี้ ไม่ได้มีผลเฉพาะกับตัวผู้ดื่มเท่านั้นแต่ยังมีผลต่อ ผู้อื่นด้วย เช่น ครอบครัว เพื่อน และชุมชน

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

จากการศึกษาควรนำผลการศึกษาไปใช้ ในการกำหนดแนวทางและวางนโยบายในลด อันตรายหรือผลกระทบจากการดื่มสุรา

1) ควรมีการสำรวจจำนวนและอัตรา ชุกของผู้ดื่มสุราเป็นประจำทุกปีเป็นการเฝ้า ระวังปัญหาและผลกระทบเพื่อให้ทราบปัญหา และสามารถป้องกันแก้ไขได้ อีกทั้งเป็นการ ติดตามเฝ้าระวังผลกระทบที่เกิดขึ้น

2) ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้ เกี่ยวกับโทษภัยของการดื่มสุรา เพื่อให้เกิดการ รับรู้และตระหนักถึง มหันตภัยของการดื่มสุรา ส่งผลต่อการลด ละ เลิกดื่มสุรา

3) ควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการลด อันตราย และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดื่มสุราที่ได้รับ ผลกระทบหรืออันตรายจากการดื่มสุราเพื่อให้ การดูแลช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิด ผลกระทบทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจและทรัพย์สิน ซึ่งที่ ทำให้เกิด ปัญหาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จึงมีความจำเป็นที่ครอบครัว ชุมชน และ ภาครัฐจะต้องร่วมมือกันรณรงค์ ในทุกรูปแบบ เพื่อให้ทุกคนเกิดความตระหนักถึงโทษและ ผลกระทบของการดื่มสุรา

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่ สนับสนุนทุนวิจัยในการศึกษาค้นคว้า

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. **Addiction** 2003; 98: 1209-1228.
2. English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MG, Hulse GK, Codde JP, et al. **The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia.** Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
3. National Statistical Office. 2017. **Population Smoking and Binge Behavior Survey.** Bangkok: Pimpee Printing Company Limited; 2018.
4. Tanaree A, Vichitkunakorn P. Alcohol Drinking and Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) in Thailand: The 2017 Survey. **Journal of Health Systems Research** 2019; 13 (4): 353-367. [in Thai].
5. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. **Alcohol** 2010; 45(3): 278-285. doi: 10.1093/alcalc/agq018. Epub 2010 Mar 26. PMID: 20348437.
6. Kanato M, Chanprasert K, Rooptam K, Pakdeekul W, Pimchainoi S. **Alcohol consumption in Khon Kaen in 2004.** Khon Kaen: Isan Substance Abuse Network, Khon Kaen University; 2005.
7. Ayuwat D, Narongchai W. An Evaluation of the Enforcement of the Alcoholic Drink Control Act, 2008 in the Northeast Region (Udonthani and Khon Kaen): Case study the alcohol sellers. **KKU Journal for Public Health Research (KKU-JPHR)** 2012; 5(1): 55-68. [in Thai].
8. Social Statistics Division National Statistical Office. 2021. **The 2021 Health Behavior of Population Survey.** Bangkok: National Statistical Office; 2021.
9. Lamphongphuang K, Pinitsoontorn S. Prevalence of alcohol drinkers in Udon Thani province, 2015. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 4(3): 427-441. [in Thai].
10. Ritwises P. Alcohol drinking behavior and economic cost incurred by users. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2021; 9(4): 399-410. [in Thai].

11. Ucharattana P, Khaikeow S, Punsakd W, Hoontrakul S. **Alcohol Consumption Behavior of Urban Thai: The Banbu Community, Bangkok- Noi District, Bangkok.** Journal of Nursing Science 2011; 29(1): 53 - 62
12. Jung- in K, Pinitsoontorn S. Drinking behavior and impacts to families of alcoholic drinkers who received treatment in Thanyarak hospital, Udonthani. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2017; 5(3): 407-501. [in Thai].
13. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **The survey report of behavioral risk factors of non-communicable diseases and injuries in Thailand 2005.** Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2006.
14. Waleewong O, Thammarangsi T. Chankotkaew J. Effects of alcohol use on others: concepts, situations and knowledge gaps in Thailand. **Public Health Systems Research Journal** 2014; 8(2): 111-119.
15. Onmoy P. First time drinking of alcohol and binge drinking by young people the Muang District of Uttaradit Province, Thailand. **Journal of Public Health** 2011; 41(3): 250-261. [in Thai].

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกัน
วัณโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กัลยาณี คนหมั่น*, สมศักดิ์ อินทมาต**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในตำบลนาหนาด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมสุ่มสุ่มศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและคู่มือความรู้เรื่องโรคปอดและการป้องกัน ทำการศึกษา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และ Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนความรู้ ด้านการป้องกันโรคในชุมชนก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การป้องกันโรค; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนด

** โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

Email: suwanwisit@yahoo.com

Accepted 05/09/2023

EFFECTS OF A HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROGRAM ON TUBERCULOSIS PREVENTION IN THE COMMUNITY AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

Kanlayanee Konman, Somsak Intamat***

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to study the effectiveness of the development program on health literacy and behaviors on tuberculosis prevention in the community among village health volunteers. A purposive random sampling was conducted to obtain 30 village health volunteers in the Nanad sub-district, Thatphanom district, Nakornphanom province. The research tools consisted of the development program on health literacy and behaviors on tuberculosis and the handbook on pulmonary tuberculosis and prevention. The study periods were 4 weeks. Data were collected by questionnaire. The data were analyzed in frequency, percentage, and paired sample t-test. The study result showed that 90.00% of participants were female, and 73.33% had over the age between 41-50 years. 86.66% of participants had primary education. The mean score on the post-test of health literacy and the knowledge of tuberculosis prevention in the community was different from pre-test statistically significant ($p = 0.01$)

Keywords: health literacy; tuberculosis prevention; village health volunteers

*Nanad Subdistrict Health Promotion Hospital, Nakornphanom province

**Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakornphanom province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดย พ.ศ.2558 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยคาดประมาณว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 รายต่อปี ขณะเดียวกันมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi-drug resistant tuberculosis, MDR-TB) หรือดื้อยาริฟามปีซิน (rifampicin resistant tuberculosis, RR-TB) 465,000 คน และผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.2 ล้านคน¹ สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย ปี 2564 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด จำนวน 133,983 ราย เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 12,095 ราย จังหวัดนครพนมมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 1434 ราย อำเภอรอดุพนม มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 178 ราย ส่วนตำบลนาหนาดมีผู้ป่วย 6 ราย² (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) วัณโรคยังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจทำให้ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคไม่กล้าเข้ามารับการตรวจวินิจฉัย หรือปกปิดไม่บอกให้ใครทราบเมื่อตนเองตรวจพบว่าเป็นวัณโรค ตลอดจนปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาทำให้ผู้รับบริการที่ไม่มีสิทธิหรือกลุ่มผู้ต้องขังที่เพิ่งพ้นโทษ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ เข้าถึงการตรวจวินิจฉัยรักษาล่าช้า การ

รักษาวัณโรคที่ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาที่สำคัญคือ ปัจจัยทางจิต สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ความยากจนทำให้เกิดความยุ่งยากในการบริหารจัดการชีวิตประจำวัน เช่น การลาทำงาน หยุดงาน ทำให้ตนขาดรายได้ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการมารับการรักษา หรือขาดการรักษาไปในที่สุด ปัจจัยทางจิตที่สำคัญคือ ขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการกินยาที่ใช้ระยะเวลานาน และปัจจัยทางสังคม คือ การรับรู้ถึงการเป็นภาระให้คนในครอบครัว จึงอาจเกิดความไม่พึงประสงค์จากการกินยาวัณโรค³ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการจัดระบบบริการสุขภาพที่ไม่เอื้อให้ผู้ป่วยวัณโรคบางกลุ่มเข้าถึงการบริการได้สะดวก เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะงานที่ต้องเคลื่อนย้ายที่ทำงานหรือที่พักอยู่บ่อย ๆ เช่น แรงงานก่อสร้างประมง เป็นต้น รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งจะมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร⁴ ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการอาจมีพฤติกรรมการให้บริการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกรังเกียจหรือเลือกปฏิบัติ ละเลยต่อความละเอียดอ่อนของผู้ป่วยที่มีลักษณะเปราะบาง จนทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ร่วมมือในการรักษา ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เกิดปัญหาวัณโรคดื้อยาตามมา รวมทั้งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจด้านสุขภาพ คือ ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับความรุนแรงของโรค อาการป่วยที่มีเพิ่มมาก

ขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในรายที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาล่าช้าหรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยมีโรคไตและเบาหวานร่วมด้วย ด้านเศรษฐกิจผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้อันเนื่องมาจากการป่วยเป็นวัณโรค โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 20 เดือน ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้ไปเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะรักษาวัณโรค⁵ ความรุนแรงของปัญหาวัณโรคที่มีมากขึ้นจำเป็นต้องมีบุคคลากรในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างจริงจังในขณะที่ปัจจุบันมีบุคคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องดูแลโรคอื่นร่วมด้วยประกอบกับโรงพยาบาลจะให้บริการรักษาผู้ป่วยวัณโรค 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้เมื่อผู้ป่วยพบกับปัญหาระหว่างรักษาผู้ป่วยไม่สามารถแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทันที ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการรักษาได้⁶ อาสาสมัครสาธารณสุข จึงเปรียบเสมือนผู้ช่วยในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับหมู่บ้านรองมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับสมาชิกในหมู่บ้าน จึงอาจกล่าวได้ว่า อสม. จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกินยาให้กับผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากการกินยาอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข หรือ อสม. เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกินยาจะทำให้การรักษามีประสิทธิผลมากขึ้นและลดอัตราการขาดยาได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถในการหาข้อมูล คิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกวิธีการ และจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งสามารถบอกต่อในสิ่งที่ถูกต้องให้ผู้อื่นนำไปใช้ได้^๗ การส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเปรียบเสมือนการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเท่าทันสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคลและชุมชน/สังคมที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า^๘ ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข จึงจำเป็นอย่างยิ่งในยุคที่ภาครัฐยังประสบกับปัญหาเศรษฐกิจและการขาดแคลนบุคคลากรในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว รวมถึงชุมชนในการป้องกันวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การป้องกันวัณโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One- group pretest-posttest design)

วัสดุและวิธีการ

สิ่งทดลอง

1.1 โปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ นี้ได้มีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 6 แผนกิจกรรมเรียนรู้ดังนี้

1) แผนเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

2) แผนเสริมสร้างความเข้าใจ ในข้อมูลและบริการสุขภาพ

3) แผนเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ

4) แผนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

5) แผนการจัดการตนเอง

6) แผนการบอกต่อ

ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

1) เจ้าหน้า ที่ชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน

2) การจัดกิจกรรมตามแผนเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

3) การจัดกิจกรรมตามแผนเสริมสร้างความเข้าใจในข้อมูลและบริการสุขภาพ

4) สรุปผลการจัดกิจกรรม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

1) จัดกิจกรรมตามแผนเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ

2) จัดกิจกรรมตามแผนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

3) สรุปผลการจัดกิจกรรม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3)

1) จัดกิจกรรมตามแผนการจัดการตนเอง เรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน

2) จัดกิจกรรมตามแผนการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (บอกต่อ)

3) สรุปผลการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4)

เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในตำบลนาหนด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 100 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมานานระยะเวลา 5 ปี

2) สามารถพูด อ่าน เข้าใจภาษาไทยและภาษาท้องถิ่นได้ดี

3) สามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดทุกกิจกรรม

4) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลนาหนด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 10 หมู่บ้าน ไม่จำกัดเพศ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ 6 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ด้านที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

ด้านที่ 3 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้อย่าง

ด้านที่ 4 การตัดสินใจด้านสุขภาพ

ด้านที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

ด้านที่ 6 การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มาก

ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด คะแนนเต็ม 180 คะแนน

ตอนที่ 3 ความรู้ด้านการป้องกันโรคในชุมชน จำนวน 10 ข้อเลือกตอบได้ 2 คำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

เกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ระดับสูง คือ คะแนนความรู้ ร้อยละ 80-100
- 2) ระดับปานกลาง คือ คะแนนความรู้ ร้อยละ 60-79
- 3) ระดับต่ำ คือ คะแนนความรู้ ต่ำกว่าร้อยละ 60

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) หลังจากนั้นนำไปทดลอง ใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ได้ค่า IOC มากกว่า 0.67 แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และค่า KR 20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 ได้ค่า 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับกลุ่มเป้าหมาย โดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ที่แนะนำตัวเองและกลุ่มเป้าหมายแนะนำตัวเอง

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมกิจกรรม

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์แรกโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ด้านการป้องกันโรคในชุมชน

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
- เปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้ด้านการป้องกันโรคในชุมชนด้วยสถิติด้วยสถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ REC 041/65

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 73.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ

93.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 96.67 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	10.00
หญิง	27	90.00
อายุ		
21-30	2	6.67
31-40	4	13.33
41-50	22	73.33
51-60	2	6.67
สถานภาพ		
สมรส	28	93.33
หม้าย/หย่า/แยก	2	6.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	86.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	6.67
อาชีพ		
เกษตรกร	29	96.67
ค้าขาย	1	3.33

2. ระดับความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน

สรุประดับความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชนพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชนอยู่ในระดับต่ำและกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 มีความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคใน

ชุมชนอยู่ในระดับสูง ก่อนการทดลองพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อใดถูกต้อง ตอบถูกร้อยละ 20.00 ส่วนข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ วัณโรค เกิดจากเชื้ออะไร ร้อยละ 40 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ตอบถูกหมด 7 ข้อ และร้อยละ 96.66 ตอบผิด 1 คน จำนวน 3 ข้อ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สรุประดับความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน (n=30)

ระดับความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน	ก่อนการทดลอง (ร้อยละ)	หลังการทดลอง (ร้อยละ)
ระดับสูง	0.00	100.00
ระดับปานกลาง	40.00	0.00
ระดับต่ำ	60.00	0.00

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพก่อนการทดลองอยู่ที่ 17.36 ± 2.41 ส่วนหลังการทดลองอยู่ที่ 23.53 ± 2.32 ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติก่อนการทดลองอยู่ที่ 17.90 ± 1.88 ส่วนหลังการทดลองอยู่ที่ 23.46 ± 1.56 ด้านการได้ตอบช้คำถามเพื่อเพิ่มความรู้ก่อนการทดลองอยู่ที่ 17.23 ± 5.49 และหลังการ

ทดลองอยู่ที่ 25.10 ± 2.98 ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพก่อนการทดลองอยู่ที่ 17.73 ± 3.65 และหลังการทดลองอยู่ที่ 25.10 ± 2.16 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองก่อนการทดลองอยู่ที่ 17.83 ± 3.72 และหลังการทดลอง 25.70 ± 2.21 ด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพก่อนการทดลองอยู่ที่ 17.80 ± 4.09 และหลังการทดลองอยู่ที่ 26.30 ± 2.01 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ที่ 105.86 ± 5.94 และหลังการทดลองอยู่ที่ 149.20 ± 2.57 ส่วนความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคใน

ชุมชนก่อนการทดลองอยู่ที่ 5.20 ± 0.71 และ
หลังการทดลองอยู่ที่ 8.96 ± 0.65

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ
บริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูลและ
บริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้าน
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ ด้านการ
ตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพตนเอง ด้านการบอกต่อ

และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ และ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนและหลัง
ทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลอง
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$)
ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ ด้าน
การป้องกันวัณโรคในชุมชนพบว่าค่าคะแนน
หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p=0.01$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	P- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ	17.36	2.41	23.53	2.32	13.33	0.01
2. ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการ สุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	17.90	1.88	23.46	1.56	24.37	0.01
3. ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่ม ความรู้	17.23	5.49	25.10	2.98	13.98	0.01
4. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	17.73	3.65	25.10	2.16	18.30	0.01
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง	17.83	3.72	25.70	2.21	15.95	0.01
6. ด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	17.80	4.09	26.30	2.01	16.13	0.01
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	105.86	5.94	149.20	2.57	30.51	0.01
8. ความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคใน ชุมชน	5.20	0.71	8.96	0.65	16.49	0.01

วิจารณ์ (Discussions)

โรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระโรค การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโดยความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพจะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค¹¹ ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นระบบจนเกิดทักษะในการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคในชุมชนอย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและสามารถถ่ายทอดทักษะดังกล่าวให้กับคนในครอบครัวและชุมชนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศติกานต์ มาลากิจสกุล¹² ศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโรค ในกลุ่มเสี่ยงโรค เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพโรคหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 69.43) ไปสู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 85.41) จากนโยบายการยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข

แก่ประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคในชุมชน เป็นเครื่องมือสำคัญที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน และชุมชนในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการตัดสินใจเลือก ทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ตามองค์ประกอบที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ข้อ ในการดำเนินงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคในชุมชนที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้นั้น ได้มีการดำเนินงานทั้งการจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้ ผัก ทั ก ษ ะ ค ว บ คู่ กั บ การ จัด สภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนให้เอื้อต่อการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานจัดกิจกรรมเรียนรู้เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว ต้องอาศัยกลวิธีและโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นของโรคที่เพียงพอและเหมาะสม จะทำให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคในชุมชนอย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงเป็นต้นแบบด้านสุขภาพและสามารถถ่ายทอด

ทักษะดังกล่าวให้กับคนในครอบครัวและชุมชนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้ ความเข้าใจด้านการป้องกันโรคในชุมชนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) เมื่อได้รับความรู้ผ่านโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง การป้องกันโรคในชุมชน เนื่องจากการเสริมสร้างและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพ ที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคลและชุมชน/สังคมที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั่วหน้า ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้พัฒนาความรู้เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อโรค มีมาตรฐานการดูแลสุขภาพตนเอง ได้เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนภายใต้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการป้องกันโรค เพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายทิพย์ ผลชุม และคณะ¹³ ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะการป้องกันโรคปอดสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเขาต่อ อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยใช้แผนการอบรมการส่งเสริมสมรรถนะประกอบด้วยการบรรยาย ประกอบการนำเสนอทางคอมพิวเตอร์

วิธีทัศน์ ภาพพลิก โปสเตอร์แผ่นพับ สาธิตฝึกปฏิบัติการชักจูงกลุ่มเสี่ยง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง วัคซีนปอดเป็นรายด้าน และภาพรวมของประชากรกลุ่มเสี่ยงหลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง วัคซีนปอดในรายด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องวัคซีนปอด ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองวัณโรคปอด การควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และการศึกษาของ จันทรา สุวรรณธาร และณัฐริธิดา พิมพ์กมลวัต¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้และแบ่งปัน โรควัณโรคต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง การป้องกันโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้ด้านการป้องกันโรคในชุมชนเปลี่ยนแปลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนาในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของศักยภาพที่ยังคงอยู่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้วัดผลทันทีหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพทันที

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ruksee S, Thirarattanasunthon P, Sathirapanya C, Pengpid S. Drug-Resistant Situation among tuberculosis Patients in Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand. **Thai Journal of Public Health and Health Sciences**. 2022; 6(1): 1-12. [in Thai].
2. Thatphanom crown prince hospital. The situation of Tuberculosis in Thatphanom province 2021. Unpublished manuscript; 2023. [in Thai].
3. Kamma P, Suggaravetsir P. Factors associated with delay of treatment among new smear positive pulmonary tuberculosis patients in Loei province, Thailand. **The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen** 2019; 26(3): 36-47. [in Thai].

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการป้องกันวัณโรคในชุมชนช่วยให้ อสม. มีความรอบรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

4. Metchanun N. Scoping Review for Understanding Tuberculosis Situation in Migrant Labors in Thailand. **Journal of Health Systems Research** 2017; 11(4): 608-623. [in Thai].
5. Yuanjai A. Nursing care for patient with multiple drug resistant tuberculosis: a case study. **Thai Red Cross Nursing Journal** 2019; 12(2): 62-76. [in Thai].
6. Chantana N, Maneesriwongul W, Putawatana P. Factors related to adherence to multi-drug resistant tuberculosis treatment. **Ramathibodi Nursing Journal** 2019; 25(3): 296-309.
7. Manoonpanich T. Health Volunteers and TB Prevention. **Journal of Health Science** 2009; 18(5): 790-795. [in Thai].
8. Trainattawan W, Phianthanyakam N, Yingyoud P, Chaiwang P, Petchsuk

- R, Thangkratok P. Improving health literacy among elderly. **Journal of Medicine and Health Sciences** 2020; 27(3): 131-144. [in Thai].
9. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. **Journal of Health Science Research** 2015; 9(2): 1-8. [in Thai].
10. Department of service support. **Health Literacy**. Nontaburi: Ministry of public health; 2019. [in Thai].
11. Mongkutthong A, Thongsuk C, Wonwongson D. Development of pulmonary tuberculosis control model with the participation of village health volunteers. **Weekly Epidemiological Surveillance Report** 2022; 53: 109-118. [in Thai].
12. Malakitsakul S. Result of Health Literacy Tuberculosis Model for risk groups in Regional Health Area 3. **Journal of Disease and Health Risk DPC.3** 2021; 15(1): 20-29. [in Thai].
13. Phalachoom S, Lungmann P, Vatchalavivat A. Development of Village Health Volunteer Competency in Pulmonary Tuberculosis Prevention for populations at risk at Khaotor Sub-district, Plaipraya District, Krabi Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3(2): 307-319. [in Thai].
14. Suwanthan C, Pimkamonwat N. The Efficacy of Learn and Share Programs on Public Health Volunteer in Prison Health Literacy of Tuberculosis. **Journal of Health and Environmental Education** 2023; 8(1): 197-206. [in Thai].

ผลของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19

กัลยา ไชยฤทธิ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริการแพทย์ทางไกลที่ใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบคัดลอกข้อมูลและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 อายุเฉลี่ย 62.53 ปี (S.D.= 11.223) น้ำหนักเฉลี่ย 62.15 กิโลกรัม (S.D.= 11.165) ผลการประเมินประสิทธิผลของระบบบริการแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19 โดยเปรียบเทียบค่า HbA1c, GFR, LDL, HDL, Tr, Cho, Cr พบว่า หลังการทดลอง ผลการตรวจสุขภาพทางห้องปฏิบัติการดีกว่าก่อนทดลองทุกตัวชี้วัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ทั้งนี้ผู้ป่วยพอใจระบบบริการแพทย์ทางไกลมาก

คำสำคัญ: ระบบแพทย์ทางไกล; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2; โควิด-19

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

Corresponding author: Kanlaya Chaiyarit

Email: yayaying2511@gmail.com

Received 10/07/2023

Revised 07/08/2023

Accepted 05/09/2023

EFFECTIVENESS OF TELEMEDICINE MONITORING ON PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES DURING AND AFTER THE COVID-19 PANDEMIC

*Kanlaya Chaiyarit**

ABSTRACT

This Quasi-experimental research aims to evaluate the effectiveness of telemedicine monitoring on 50 patients with Type 2 Diabetes during and after the COVID-19 pandemic. In the area of Pong Pueai sub-district health promotion hospitals, Mueang Bueng Kan District, Buengkan Province. Data collected by questionnaire and medical records. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation and Paired t-test.

The results showed that most of the samples were female, 72.1% , with an average age of 62.53 years (S.D.=11.223), and an average weight of 62.15 kg. (S.D.=11.165). The evaluation of the effectiveness of the telemedicine system in caring for patients with type 2 diabetes during and after the outbreak of COVID-19 was carried out. By comparing the values of HbA1c, GFR, LDL, HDL, Tr, Cho, Cr., it was found that after the experiment, laboratory health checkup results were better than before in all indicators, statistically significant ($p < 0.0001$). Importantly, patients were highly satisfied with the telemedicine system.

Keywords: Telemedicine; Type 2 Diabetes; COVID-19

*Pongpueai Sub-district Health Promotion Hospital, Mueang Bueng Kan District, Bueng Kan Province

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติของการเผาผลาญที่ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย พิการ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานจะมี 700 ล้านคนทั่วโลก¹⁻³ โดยร้อยละ 90.0 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญและต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 18.5 เท่า 4 การควบคุมการรับประทานอาหาร การกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจะทำให้ควบคุมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลง⁴ จึงจำเป็นต้องได้การสนับสนุนทางสังคมร่วมกันหลายฝ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความสะดวกในการรับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และทั่วถึง แต่ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการติดตาม สนับสนุนดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่สม่ำเสมอ และขาดความต่อเนื่อง⁵⁻⁷ ฉะนั้นการใช้ telemedicine มาเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบของวิดีโอ สมาร์ทโฟน ข้อความเสียง โดยที่มีการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁸⁻¹⁰ โดยเฉพาะในต่างประเทศให้บริการแก่ผู้ป่วยเรื้อรังในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การใช้ webpage การ

ใช้สื่อออนไลน์ ผ่าน blog หรือ twitter การใช้ telemedicine การใช้ electronic medical record เพื่อเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลหรือทั้งกลุ่มประชากร รวมถึงการให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง¹¹⁻¹³ นอกจากนี้ระบบการแพทย์ทางไกลยังมีการประยุกต์ใช้ Telemedicine ซึ่งสามารถช่วยจัดการสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวัดสภาพทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยในทุก ๆ วัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งด้วยระบบสื่อสารไร้สาย เช่น Body Area Network หรือ Wireless Sensor Network ที่เชื่อมต่อกับโทรศัพท์มือถือ และจัดส่งไปยังโรงพยาบาล และจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลได้¹⁴⁻¹⁶ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย หรือผู้เกี่ยวข้อง ช่วยเพิ่มความสามารถและคุณภาพให้กับระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพการปรึกษาแพทย์ทางไกล คือ ความสามารถของโปรแกรมประยุกต์ ความสามารถ/คุณภาพของอุปกรณ์ ส่วนที่สอง เกิดจากผู้ใช้งาน ได้แก่ การจัดการการปรึกษาแพทย์ทางไกล ความรู้ความเข้าใจระบบของผู้ใช้งาน ความพึงพอใจในการใช้งานระบบ และทักษะการสื่อสารของผู้ให้/ผู้รับคำปรึกษาระบบปรึกษาแพทย์ทางไกล เป็นการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศและการ

สื่อสารมาใช้ในการพัฒนาบริการ⁸ เพื่อช่วยแก้ปัญหาเรื่องระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่าย ในหลายประเทศมีการพัฒนาและวางกรอบการทำงานของระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล สำหรับการให้บริการแก่พื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล เป็นระบบที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ดี¹⁷⁻¹⁹

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงนำเอาเทคโนโลยีในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ telemedicine มาประยุกต์ใช้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ เพื่อเป็นทางเลือกที่สะดวกและไม่ซับซ้อนสามารถติดตามการเฝ้าระวังระดับน้ำตาล และภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวานได้สะดวกรวดเร็ว ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษา ได้อย่างทันทั่วทั้ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริการแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19 โดยเปรียบเทียบค่า HbA1c, GFR, LDL, HDL, Tr, Cho, Cr และพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระบบบริการแพทย์ทางไกล

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test post-test two group designs)

วัสดุและวิธีการ

การดำเนินโครงการในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลา 7 เดือน โดยดำเนินการติดตามด้วยโปรแกรม Telemedicine หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทำการชี้แจงขั้นตอนรายละเอียดและการเตรียมตัวเพื่อรับการติดตามโดยโปรแกรม Telemedicine ประเมินภาวะสุขภาพ สิ่งที่ต้องติดตามเตรียมผู้ป่วย ฝึกวัดความดันโลหิต จับชีพจร การบันทึกภาวะสุขภาพ การส่งข้อมูลสุขภาพทาง line@ ให้ความรู้ผู้ป่วย เรื่องการออกกำลังกายตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การทบทวนวิธีการวัดความดันโลหิต จับชีพจร และการฝึกการบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และแนะนำผู้ป่วยในการส่งข้อมูลให้ทีมสุขภาพ กระบวนการใช้ระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ดำเนินการตรวจประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาล โดยแพทย์ และสหวิชาชีพที่ให้บริการในคลินิกเบาหวานของ

รพ.สต. และการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้วยค่า HbA1c, GFR, LDL, HDL, Tr, Cho, Cr ข อ ง โรงพยาบาลบึงกาฬ

2) เลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg หรือมีค่าน้ำตาลในเลือด มากกว่า 140 mg% (โดยอดอาหาร 8 ชั่วโมง) หรือ มีค่าน้ำตาลในเลือด (DTX) มากกว่า 200 mg% (หากรับประทานอาหารแล้ว)

3) แจกใบนัดเจาะเลือดผู้ป่วยก่อนพบแพทย์โดยให้ อสม. นำใบนัดไปแจกแก่ผู้ป่วยโดยตรง และตรวจสอบผลเลือดทาง e-mail

4) บันทึกข้อมูลผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ใน HOSxP PCU, V/S, DTX ผลเลือดที่เจาะ ข้อมูลยาปัจจุบันที่ผู้ได้รับ

5) บันทึกข้อมูลประเภทการรับบริการสาธารณสุขทางไกลผ่านห้องตรวจ Telemedicine

6) จัดเรียงผู้ป่วยพบแพทย์ตามรายชื่อที่บันทึกใน HOSxP PCU

7) พบแพทย์และรับฟังคำแนะนำจากแพทย์ รวมถึงการปรับยาผ่านระบบลิงค์ Telemedicine

8) ผู้ป่วยที่มีการปรับยาส่งเข้าพบเภสัชทางลิงค์ก่อนกลับบ้าน และเขียนรายละเอียดที่จะชี้แจงผู้ป่วยให้ชัดเจนจัดตามคำสั่งแพทย์

9) ให้ อสม. แต่ละหมู่บ้านติดตามผู้ป่วยและประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

10) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. คอยติดตามให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านระบบ Telemedicine หรือ โทรศัพท์ไปสอบถาม ข้อมูลสุขภาพ อาการผิดปกติ การออกกำลังกาย สภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนที่มาใช้บริการติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในช่วงการระบาด และหลังการระบาดของโควิด-19 จำนวนทั้งหมด 125 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2) รับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในปี พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ทำการวิจัย

3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาหรือได้รับการยินยอมจากผู้ดูแล

เก ณ ฑ์ คั ด อ อ ก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาทั้งสิ้น 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

1) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าปกติ ผู้ไม่เป็นเบาหวาน = น้อยกว่า 5.7 mg% ผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นเบาหวาน = 5.7 mg% ถึง 6.4 mg% ผู้เป็นเบาหวาน = มากกว่าหรือเท่ากับ 6.5 mg%

2) ค่าไต eGFR เพื่อตรวจวัดอัตราการคัดกรองกระแสเลือดในไตต่อหน้าที่เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพการกรองของไต

3) ค่า Glomerular filtration rate: GFR ซึ่งเป็นค่าที่แสดงอัตราการกรองของเสียของไต เพื่อเป็นการแบ่งระยะของไตเสื่อม ค่า GFR ปกติ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90

4) ค่าปกติ Creatinine คือการขับสาร cr ผ่านทางไต 100% จะถูกแบ่งเกณฑ์ตามเพศ ดังนี้ ค่าปกติ Creatinine ของผู้ชาย: 0.6-1.2 mg/dL ค่าปกติ Creatinine ของผู้หญิง: 0.5-1.1 mg/dL

5) ค่า high density lipoprotein: HDL คือ ไขมันที่มีความหนาแน่นสูง เป็นไขมันที่ดีสำหรับหลอดเลือดแดง ถ้ามีระดับ HDL ในเลือดต่ำ ก็จะมีโอกาสเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ระดับปกติจะไม่ต่ำกว่า 40 mg/dL

6) ค่า low density lipoprotein: LDL คือ ไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ เป็นไขมันที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ระดับ LDL ปกติในคนทั่วไปสูงไม่เกิน 130 mg/dL

7) ค่า Triglycerides: Tr ระดับไตรกลีเซอไรด์ มีค่าต่ำกว่า 200 mg/dL

8) ค่า Cholesterol: Cho ค่าปกติของ Total cholesterol คือ < 200 mg/dL

ค่า Total cholesterol ที่อยู่ในระดับสูงปานกลาง คือ 200 – 239 mg/dL

ค่า Total cholesterol ที่อยู่ในระดับสูง คือ > 240 mg/dL

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าแบบตัวเลข 4 ระดับ จากระดับคะแนน 0 ถึง 3 โดยมีความหมาย ดังนี้

3 (ทุกครั้ง) หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นทุกครั้ง

2 (บ่อยครั้ง) หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นมากกว่าร้อยละ 50

1 (น้อยครั้ง) หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นน้อยกว่าร้อยละ 50

0 (ไม่ปฏิบัติ) หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ลักษณะ คำถามเป็นมาตราประมาณ ค่าแบบตัวเลข โดยมีความหมาย ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ

คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับ น้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ได้ค่า IOC ไม่ต่ำกว่า 0.6 ผู้วิจัย ทำการปรับแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนไปทดลองใช้

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่

2 ในพื้นที่อำเภอศรีวิไล ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน สำหรับเครื่องมือที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคเบาหวาน 0.82 และความพึงพอใจ เท่ากับ 0.76 โดยมีความเชื่อมั่น (Reliability)ภาพรวม เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการสุ่มตัวอย่างและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและการรักษาความลับแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. การเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ (pretest) โดยเก็บข้อมูลมือสองในระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลบึงกาฬครั้งสุดท้ายในปี พ.ศ. 2564 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการ (pretest) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 เกี่ยวกับลักษณะทางประชากร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และตอบแบบสอบถามหลังโครงการ (posttest) ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2566

4. ให้ กลุ่ม ตัว อย่าง ต อ บ
แบบสอบถามอีกครั้งเกี่ยวกับพฤติกรรมกา
ดูแลสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือด พร้อมเก็บข้อมูลผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการเพื่อดูค่าน้ำตาลสะสมในเลือด
(HbA1c) GFR, LDL, HDL, Tr, Cho, Cr
หลังใช้โปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ใน การวิจัย

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ตัวแปรเชิง
คุณภาพ วิเคราะห์ด้วย ความถี่ ร้อยละ
ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด
ต่ำสุด เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติ
Paired t test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดย
พิจารณาจาก ค่า HbA1c, GFR, LDL, HDL,
Tr, Cho, Cr ก่อนและหลังใช้โปรแกรม
กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เลขที่
BKPH 2022-037 ลงวันที่ 29 กันยายน 2565

ผลการศึกษา (Results)

จากผลการศึกษาบริบทในการรักษา
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปงเปือย อำเภอเมือง
จังหวัดบึงกาฬ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 อายุเฉลี่ย 62.53
ปี (S.D.=11.223) น้ำหนักเฉลี่ย 62.15
กิโลกรัม (S.D.=11.165) ความจำเป็น
เร่งด่วนที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้การ
ดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมี
ประสิทธิภาพ คือ การติดตามดูแลผู้ป่วยใน
ชุมชน โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การ
ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เมื่อพิจารณาความรู้โดยรวม พบว่า
กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้ที่มีความรู้ระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 77.60 ($\bar{x} = 16.12 \pm 0.86$) ความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 14.40 ($\bar{x} = 13.27 \pm 0.89$) และความรู้ระดับมาก ร้อยละ 8.00 ($\bar{x} = 18.60 \pm 0.96$) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 51.20 ($\bar{x} = 16.23 \pm 1.46$) ทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 37.60 ($\bar{x} = 15.59 \pm 1.48$) และทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 11.20 ($\bar{x} = 15.50 \pm 1.87$) ด้านพฤติกรรม
สุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
พบว่า มีพฤติกรรมระดับต่ำ ร้อยละ 37.60
($\bar{x} = 15.85 \pm 1.35$) พฤติกรรมระดับปาน
กลาง ร้อยละ 32.80 ($\bar{x} = 15.82 \pm 1.74$)
และพฤติกรรมระดับสูง ร้อยละ 29.60 ($\bar{x} = 16.08 \pm 1.57$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n=125)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.
ระดับความรู้				
ความรู้ระดับน้อย	18	14.40	13.27	0.89
ความรู้ระดับปานกลาง	97	77.60	16.12	0.86
ความรู้ระดับมาก	10	8.00	18.60	0.96
รวม	125	100.00	15.91	1.55
ระดับทัศนคติ				
ทัศนคติระดับต่ำ	14	11.20	15.50	1.87
ทัศนคติระดับปานกลาง	64	51.20	16.23	1.46
ทัศนคติระดับสูง	47	37.60	15.59	1.48
รวม	225	100.00	15.91	1.55
ระดับพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมน้ำตาลในเลือด				
พฤติกรรมระดับต่ำ	47	37.60	15.85	1.35
พฤติกรรมระดับปานกลาง	41	32.80	15.82	1.74
พฤติกรรมระดับสูง	37	29.60	16.08	1.57
รวม	125	100.00	15.91	1.55

การประเมินประสิทธิผลของระบบบริการแพทย์ทางไกลที่ใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19 โดยเปรียบเทียบค่า HbA1c, GFR, LDL, HDL, Tr, Cho, Cr ก่อนและหลังใช้โปรแกรม

1) ผลการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hba1c) ก่อนและหลังใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Paired t-test พบว่า Hba1c ก่อนใช้โปรแกรม = 9.174 ± 2.2745 และหลังใช้โปรแกรม = 7.783 ± 1.10498 โดย Hba1c

หลังการทดลองลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 1.391 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

2) ผลการเปรียบเทียบค่าไต (eGFR) ก่อนและหลังใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Paired t-test พบว่า eGFR ก่อนใช้โปรแกรม = 84.698 ± 19.656 และหลังใช้โปรแกรม = 88.844 ± 19.574 โดย eGFR หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ -4.146 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

3) ผลการเปรียบเทียบค่า low density lipoprotein (LDL) ก่อนและหลังใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Paired t-test พบว่า LDL ก่อนใช้โปรแกรม = 97.76 ± 29.862 และหลังใช้โปรแกรม = 95.36 ± 28.922 โดย LDL หลังการทดลองลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

4) ผลการเปรียบเทียบค่า high density lipoprotein (HDL) ก่อนและหลังใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telehealth) โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Paired t-test พบว่า HDL ก่อนใช้โปรแกรม = 54.34 ± 12.376 และหลังใช้โปรแกรม = 56.14 ± 12.347 โดย HDL หลังการทดลองลดลงเฉลี่ยเท่ากับ - 1.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

5) ผลการเปรียบเทียบค่า Triglycerides (Tr) ก่อนและหลังใช้ระบบ

บริการแพทย์ทางไกล (Telehealth) โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Paired t-test พบว่า Tr ก่อนใช้โปรแกรม = 206.10 ± 171.101 และหลังใช้โปรแกรม = 202.42 ± 170.028 โดย Tr หลังการทดลองลดลงเฉลี่ยเท่ากับ - 1.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

6) ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Paired t-test พบว่า ก่อนใช้โปรแกรม = 53.25 ± 6.775 และหลังใช้โปรแกรม = 59.10 ± 7.99 โดยระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองลดลงเฉลี่ยเท่ากับ - 1.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบบริการแพทย์ทางไกลที่ใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19

ผลทาง ห้องปฏิบัติการ	n	Mean	S.D.	t	P - value
ค่า Hba1c ก่อน	50	9.174	2.2745	5.703	<0.0001**
ค่า Hba1c หลัง	50	7.783	1.10498		
ค่า GFR ก่อน	50	84.698	19.656	-10.424	<0.0001**
ค่า GFR หลัง	50	88.844	19.574		
ค่า LDL ก่อน	50	97.76	29.862	13.719	<0.0001**
ค่า LDL หลัง	50	95.36	28.922		
ค่า HDL ก่อน	50	54.34	12.376	-13.748	<0.0001**
ค่า HDL หลัง	50	56.14	12.347		
ค่า Tr ก่อน	50	206.1	171.101	11.885	<0.0001**
ค่า Tr หลัง	50	202.42	170.028		
พฤติกรรมสุขภาพก่อน	50	53.25	6.775	-12.885	<0.0001**
พฤติกรรมสุขภาพหลัง	50	59.10	7.993		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความพึงพอใจของของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระบบบริการแพทย์ ทางไกล

การประเมินความพึงพอใจในการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังกลับบ้านเป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งมีข้อคำถามเป็น likert scale พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 89.0 ในด้านการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อการแก้ปัญหาผู้ป่วยระบบการติดตามผู้ป่วย ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ป่วย และสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ การบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย การใช้ Application line@ ในการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย การสนับสนุนของหน่วยงานในการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจาก รพ.สต. รองลงมาคือ ความพึงพอใจ มากที่สุดร้อยละ 92.0 ในเรื่องการรับส่งข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยด้วยโปรแกรมทางสมาร์ทโฟน ความพอเพียงของเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก สำหรับให้ผู้ป่วยยืมกลับบ้าน 4 เดือน และระดับความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 88.0 ในเรื่อง การติดตามผู้ป่วยด้วยภาพ Infographic การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ความรวดเร็วในการรับทราบปัญหาผู้ป่วยนอกจากนี้ มีข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ ในเรื่องต่าง ๆ

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับเกี่ยวกับการใช้และการให้บริการสุขภาพของทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต. แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้คะแนน 1 (มีปัญหาน้อยที่สุด) ถึง 5 (มีปัญหามากที่สุด) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลรายงานปัญหาการใช้บริการเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} \pm \text{SD} = 2.94 \pm 1.42$) และรายชื่อในระดับปานกลางเช่นกัน นอกจากนี้ยังระบุปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ปัญหาการแจ้งข่าวสารที่สำคัญให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม Telemedicine มีอัตราสุขภาพที่วัดจากค่า HbA1c, GFR, LDL, HDL, Tr, Cho, Cr ทุกค่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ได้ติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย รวมทั้งอาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนทางไต ทำให้สามารถทำให้ค้นพบความผิดปกติของผู้ป่วยได้ตั้งแต่วะยะเริ่มแรก และให้การดูแลได้ทันทีสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{1,4} systematic review และ meta-analysis ที่ทำการวิจัยเชิงทดลองใช้โปรแกรม

Telemedicine ติดตามผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย และติดตามประเมินระบบไหลเวียนโลหิต ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ก่อนที่จะเกิดความรุนแรง ทำให้สามารถลดการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำได้¹¹ นอกจากนี้ยังมีศึกษาติดตามกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยสาเหตุ มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด หัวใจเต้นผิดปกติ¹²

ผลการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่า หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$) ทั้งนี้สะท้อนถึงระบบบริการ (Service Delivery) การเชื่อมต่อระบบบริการเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย และชวณณ กิจหิรัญกุล ที่พบว่าหลังจากรูปแบบระบบบริการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนให้จัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ Telemedicine เพื่อให้ครอบคลุมได้ระดับมาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ประสิทธิภาพการควบคุมโรคได้ดีขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ¹³

ผลการทดลองใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกลที่ใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19 ครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากระบบ

Telemedicine ที่นำมาใช้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีโครงสร้างโทรคมนาคมที่ดีและทันสมัย โดยเฉพาะระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศที่ผ่านมาทางรัฐบาลก็มีความพยายามที่จะพัฒนาการประยุกต์ใช้งานบริการทางการแพทย์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงในพื้นที่ชนบท สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ระเบียบปี พ.ศ. 2556-2565 การพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการให้บริการเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่ม รวมทั้งผู้ด้อยโอกาสผู้พิการได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการให้บริการประชาชนตาม นโยบายรัฐบาล อิเล็กทรอนิกส์ เช่น การทำธุรกรรม อิเล็กทรอนิกส์ของประชาชนกับภาครัฐ ระบบการปรึกษาการแพทย์ทางไกล รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมสำหรับระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพ ด้านสุขภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน^{1,8}

ความสำเร็จของโครงการจนเกิดผลที่ดีต่อผู้ป่วยครั้งนี้เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพในการทดลองใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล จัดเป็นความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการประสานความร่วมมือในการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย การร่วมมืออย่างเข้มข้นระหว่างทีมองค์กร และการมี

ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมดูแล ตั้งแต่การ ค้นหาความต้องการของผู้ป่วย ตามภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย จะทำให้การดูแล ระยะเวลาเปลี่ยนผ่านมีความสำเร็จและมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาหลายเรื่องที่ได้พบว่าทีมสหวิชาชีพ ที่ร่วมกันติดตามผู้ป่วยช่วยให้เข้าถึงบริการที่มี ประสิทธิภาพ ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ ทางการแพทย์ จะยกระดับความสามารถ ทางการแพทย์ ส่งผลให้การวินิจฉัย การรักษา มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้ เป็นการดูแลระยะเวลาเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เมื่อได้รับ การดูแลจากทีมสหวิชาชีพเพื่อเฝ้าระวัง ปัญหาภาวะสุขภาพ ตามความต้องการการ ดูแลของแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสามารถประเมินและดูแลตนเองได้ดี ยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ^{8,10} ที่ พบว่าการใช้ Mobile application ยังช่วย เพิ่มปฏิสัมพันธ์ตอบกลับ และการส่งข้อมูล ภาวะสุขภาพ อีกทั้งยังส่งเสริมความมั่นใจใน การกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่าการเตรียมผู้ป่วย CABG ก่อนออกจากโรงพยาบาลและการติดตามให้ คำปรึกษาเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านนั้น ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย^{11,18,19}

ข้อยุติ (Conclusions)

การทดลองใช้ระบบบริการแพทย์ ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ช่วงการระบาดและหลังการระบาดของโควิด-19 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพใน การติดตามดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยดีขึ้นจากการประเมินตัวชี้วัดด้าน สุขภาพ ได้แก่ ค่า HbA1c, GFR, LDL, HDL, Tr, Cho, Cr พบว่าหลังการทดลองดีกว่าก่อน ทดลองทุกตัวชี้วัด และผู้ป่วยพอใจระบบ บริการแพทย์ทางไกลในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1) ผลจากการวิจัยนี้พบข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบบริการแพทย์ ทางไกลที่ใช้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดและหลังการระบาดของ โควิด-19 ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และ บริบทพื้นที่ จากการผสมผสานความร่วมมือ ของสหวิชาชีพ ดังนั้น ควรมีทีมสหวิชาชีพ ติดตามดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข ระดับ รพ.สต. ทำหน้าที่ประสานงานการดูแล กับทีมสหวิชาชีพ โดยการประเมินผู้ป่วยขณะ อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับความต้องการการดูแล ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และติดตามผู้ป่วย ทั้งการเยี่ยมบ้านและการใช้โทรศัพท์ติดตาม ต้องการผลลัพธ์ที่สุขภาพกายที่ดี ลดการลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพิ่ม ความพึงพอใจให้ผู้ป่วยและญาติ

2) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ควรส่งเสริมโปรแกรม Telemedicine นี้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระดับติดเตียง ติดบ้าน อย่างต่อเนื่อง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ระบบบริการแพทย์ทางไกลสามารถใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับบ้าน การศึกษานี้พบว่า การใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลสามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Implementing telemedicine services during COVID-19: guiding principles and considerations for a stepwise approach. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Kedthongma W, Phakdeekul W. The Intellectually Developed Model for Community Participatory Management of Child Care Centers during the COVID-19 Outbreak. *European Journal of Contemporary Education* 2022; 11: 81-88.
3. Kedthongma W, Phakdeekul W. Oral Health and Well-being of Elderly During and Post COVID-19 Outbreak. *Journal of International*

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ ทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ที่ได้ให้ข้อมูล และขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่คอยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ และเสนอแนะในงานวิจัยฉบับนี้ จนสำเร็จได้ด้วยดี

Dental and Medical Research 2022; 15: 1672-1677.

4. Dávalos ME, French MT, Burdick AE, Simmons SC. Economic evaluation of Telemedicine: review of the literature and research guidelines for benefit–cost analysis. *Telemedicine and e-Health* 2009; 15(10): 933-948.
5. Lapier TK. Functional deficits at the time of hospital discharge in older patients following coronary artery bypass surgery-a pilot study. *Cardiopulm Phys Ther J* 2014; 25(4): 98-105.
6. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Young L. Patient recovery and transitions after

- hospitalization for acute cardiac events: An integrative review. **J Cardiovasc Nurs** 2012; 27(2): 175-191.
7. Nuanchum K, Phakdeekul W, Kedthongma W. Factors Related to Preventive Behavior towards Covid-19 among People in Rural Area of Thailand. **Neuroquantology** 2023; 21(5): 216-225.
8. Ministry of Public Health. **Telemedicine**. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. [in Thai].
9. Paul DL. Collaborative activities in virtual settings: A knowledge management perspective of telemedicine. **Journal of Management Information Systems** 2006; 22(4): 143-176.
10. Chaiyapet C, Phakdeekul W, Kedthongma W. Risk Factors of Severity of Road Accident Injury Incidence at Kut Bak district Sakon Nakhon Province, Thailand. **Social Science Journal: Res Militaris** 2023; 12(5): 835-845.
11. Dermkhuntod N, Kwancharoen R, Chuantantikamol C, Paholpak P, Suraamornkul S. Effects of Telehealth Monitoring on Glycemic Control and Medication Adherence in Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes. **Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine** 2021; 65: 1-16. [in Thai].
12. Sanonoi N, Asdornwised U, Punudom P, Techaverakorn N, Singhatanadgige S. Effect of integrating a multidisciplinary team in monitoring patients undergoing coronary artery bypass graft with the telehealth program on functional status readmission and satisfaction of the multidisciplinary team. **Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing** 2022; 33(2): 84-100. [in Thai].
13. Annoppornchai V, Kidhirunkul C. Applications of telemedicine systems for the improvement of Quality service in rural emergency medicine. **Western University Research Journal of Humanities and Social Science** 2021; 7: 258-271. [in Thai].
14. Panyadee J, Kedthongma W, Pakdeekul W. The Effect of a Health Behavior Modification Program among the Diabetes Risk Group in Nabuo Sub-district, Phen District, Udon Thani Province. **Community Health Development Quarterly Khon**

- Kaen University 2023; 11(1): 19-36. [in Thai].
15. Boonmark C, Kedthongma W, Pakdeekul W. The Effectiveness of E-Claim Program among Staff at Sub-District Health Promotion Hospital, Mueang Bueng Kan District, Bueng Kan Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2023; 11(1): 55-68. [in Thai].
16. Zachrisson KS, Richard JV, Mehrotra A. Paying for telemedicine in smaller rural hospitals: extending the technology to those who benefit most. In **JAMA Health Forum** 2021; 2(8): e211570-e211570.
17. Haleem A, Javaid M, Singh RP, Suman R. Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. **Sens Int.** 2021; 2: 100117.
18. Sangsuwun S, Phakdeekul W, Kedthongma W, Jukpim C. In-Patient Costs of Coronavirus Disease 2019 with Financial Regulations and Health Economy. **Russian Law Journal** 2023; 11: 1-8.
19. Wongta P, Kedthongma W, Phakdeekul W, Jukpim C. Factors Related to Hospital Accreditation of Community Hospital During COVID-19 Outbreak. **Russian Law Journal** 2023; 11(6): 1-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิสุพรรณบุรี

เรวดี โพธิ์รัง*, จารุวรรณ สอนงญาติ*, จินตนา เพชรหมณี*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิสุพรรณบุรี ประจำปีการศึกษา 2564 จำนวน 250 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.4 เพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

คำสำคัญ: การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; นักศึกษาพยาบาล; พฤติกรรมป้องกันตนเอง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิสุพรรณบุรี

Corresponding author: Rewadee Srisuk

Email: rawadee@snc.ac.th

Received 13/07/2023

Revised 15/08/2023

Accepted 13/09/2023

FACTORS RELATED TO SELF-CARE BEHAVIORS FROM COVIT-19 AMONG NURSING STUDENTS, BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SUPHANBURI

Rewadee Phorang, Jaruwan Sanongyard *, Jintana Petmanee **

ABSTRACT

The objective of this research was to study the coronavirus disease 2019 preventive behaviors and factors associated with the Coronavirus Disease 2019 of Nursing Students. The sample group was 250 nursing students in the 1st – 4th year studying at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, for the academic year 2021, using the stratified sampling method. Data was collected by the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square statistics, and the Pearson correlation coefficient.

The results of the research showed that 74.4 of the participants had a good level of determining the Coronavirus Disease 2019 preventive behaviors. Gender, age, income, and comorbidities were significantly correlated with preventive behaviors from Coronavirus Disease 2019 ($p < 0.01$). Perception of risk opportunities perceived benefits Recognition of problems and obstacles and self-efficacy perception in self-protection from the coronavirus infection 2019 correlated with preventive behavior from coronavirus infection 2019 with statistical significance ($p < 0.01$).

Keywords: Coronavirus disease prevention 2019; nursing students; self-defense behavior

* Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Suphanburi, Thailand

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างรุนแรง WHO ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็น "การระบาดใหญ่" เมื่อ 11 มีนาคม 2563¹ ประเทศไทยเคยเป็นประเทศที่ไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อเนื่องนานถึง 102 วัน จนได้รับการผ่อนปรนมาตรการหลาย ๆ ด้าน ส่งผลให้การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดลงตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการสำรวจทัศนคติความเห็นของประชาชน โดยกรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 7 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 6 มิถุนายน 2563 พบว่า ประชาชนมีแนวโน้มในการสวมหน้ากากลดลง²

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อผ่านทางเดินหายใจ จากละอองของเสมหะ การไอ จาม น้ำมูก น้ำลายในระยะประมาณ 1-2 เมตร และการสัมผัสของละอองเชื้อที่ตกอยู่ตามพื้นผิววัสดุ^{3,4} สามารถป้องกันได้โดยเว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่แออัด หรือพื้นที่ปิด สวมหน้ากากตลอดเวลา ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำเป็นเวลาอย่างน้อย 40 วินาที หรือการล้างมือด้วยสารละลายที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์นานประมาณ 20 วินาที หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น^{3,5,6} โดย การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 จัดเป็นพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในเรื่องของการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อสร้างเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)⁷ ที่สอดคล้องกับรูปแบบแผนของความเชื่อด้านสุขภาพ⁸ ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานที่จะกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้มีการศึกษาในระดับพื้นที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่จัดเป็นการศึกษาวิชาชีพเฉพาะ มีการจัดการเรียนการสอนประกอบด้วยภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ โดยการเรียนภาคปฏิบัติ นักศึกษาต้องมีการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจริง เพื่อส่งเสริมประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและได้เรียนรู้กับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลอยู่ในช่วงของวัยรุ่นซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นพาหะหรืออาจติดเชื้อโควิด-19 ได้จากภูมิภาวะที่ยังมีพัฒนาการทางอารมณ์และทาง

สังคมไม่เต็มที่¹⁰ รวมทั้งเมื่ออยู่ภายใน
วิทยาลัยมีการพักอาศัยอยู่ในหอพักร่วมกัน
เป็นจำนวนมากจึงอาจส่งผลให้เกิดการ
แพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ได้ การศึกษา
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน
ตนเองจากโรคโควิด-19 ของนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุพรรณบุรี จะเป็นข้อมูลนำไปใช้ในการจัด
กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคติด
เชื้อโควิด-19 ในการดำเนินชีวิตและเมื่อขึ้น
ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
นักศึกษาพยาบาล

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง
สำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิตที่กำลังศึกษาอยู่ใน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ประจำปีการศึกษา 2564 จำนวน 441 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion
Criteria)**

- เป็นนักศึกษาพยาบาลที่กำลัง
ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ไม่จำกัดเพศ

- ยินดีให้ความร่วมมือในการ
ศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร
เครซี่และมอร์แกน¹¹ ดังนี้

$$s = \frac{\chi^2 N p(1-p)}{d^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

โดย s = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (441
คน)

d = ระดับความคลาดเคลื่อน
ของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ($e=0.05$)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1
และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจ
ในประชากร (กำหนด p = 0.5)

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย
205 ราย เพื่อป้องกันการตอบกลับของ
แบบสอบถามจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างใน
อัตราร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน
250 คน หลังจากนั้นนำมาแบ่งชั้นภูมิแบบ
เป็นสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยครั้ง
นี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิด Health
Promotion Model⁸ และแนวทางปฏิบัติเพื่อ

ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ กรมควบคุมโรค⁶รวมกับการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์ในการอยู่ในพื้นที่เสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งข้อคำถามออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ตามแนวทางการให้คะแนนของ Best¹² ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.33
หมายถึง ระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 0.34 – 0.67
หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.68 – 1.00
หมายถึง ระดับดี

ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 5 การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 6 การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 8 ข้อ

ให้คะแนนแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 อันดับตัวเลือก แปลผลโดยใช้เกณฑ์ตามแนวทางการให้คะแนนของ Best¹² ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33
หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67
หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00
หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 17 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 อันดับตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ตามแนวทางการให้คะแนนของ Best¹² ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.66
หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.67 – 1.33
หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00

หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.71

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ตอนที่ 1 – 6 และส่วนที่ 3 อยู่ที่ 0.70 0.85 0.97 0.95 0.96 0.97 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่พรรณบุรี หลังจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ พร้อมเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยใช้ google form และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ ก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคด้วยสถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่พรรณบุรี เลขที่ EC-011/2564

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 18-20 ปี ร้อยละ 48.8 มีรายได้ต่อเดือน 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 54 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 91.6 และไม่เคยมีประสบการณ์การอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 55.2

2. ระดับคะแนนพฤติกรรมกา

ป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกา

ป้องกันตนเองจาก

โรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.4 ระดับปานกลางร้อยละ 25.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	186	74.4
ระดับปานกลาง	64	25.6
ระดับไม่ดี	0	0

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายในบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	p
เพศ	339.10	.00*
อายุ	62.63	.00*
รายได้	417.08	.003*
โรคประจำตัว	156.71	.00*

* p < .01

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัยภายในบุคคล	r	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.378**	.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.398**	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.175**	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.501**	.000
การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.313**	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.310**	.000

** p < .01

วิจารณ์ (Discussions)

1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 74.4 อาจเพราะในช่วงที่ศึกษาเป็นระยะของการรณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในทุกสื่อทำให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างชัดเจนจนนำความรู้ไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ชิดนายิ และคณะ¹³ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 58.77 และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามีการรับรู้ปัจจัยต่อการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁸ โดยความเชื่อของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภา รักปาน และคณะ¹⁴ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์มีแบบแผนความเชื่อที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า เพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอภิปรายได้ดังนี้

2.1 เพศ เนื่องจากเพศหญิงมีความละเอียดและใส่ใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi JS และ Kim JS¹⁵ และจุฑาวรรณ ใจแสน¹⁶ ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าเพศชายและสอดคล้องกับการศึกษาของพัสกร องอาจ และรัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ¹⁷ พบว่าเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด – 19 แตกต่างกัน

2.2 อายุ เมื่อบุคคลมีอายุที่เพิ่มขึ้นหน้าที่และความรับผิดชอบย่อมเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของดรัญชนก พันธุ์สุมา และคณะ¹⁸ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

2.3 รายได้ อาจเพราะผู้ที่มีเงินเพียงพอต่อการใช้จ่ายมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เพียงพอต่อความต้องการมากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร สมมัง¹⁹ พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 โรคประจำตัวอาจเป็นผลจากได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และกลุ่ม

เสี่ยงที่มีโรคประจำตัวมักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงส่งผลให้ผู้ที่มีโรคประจำตัวเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้นเป็นไปตามผลการศึกษาทางระบาดวิทยาวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง²⁰

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของบงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธุ์สี²¹ และปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ²² ที่พบว่าความรู้ด้านการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานของการก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 รวมทั้งการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ธนานุภาพไพศาล และรศสุคนธ์ พิไชยแพทย์²³ พบว่า ความเชื่อทางด้านสุขภาพรวมทุกด้านและการรับรู้ความสามารถตนเองของการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และการศึกษาของวัลญา รักปาน และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อยุติ (Conclusions)

นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี เพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัว รวมถึงความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรนำองค์ความรู้ไปออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แก่นักศึกษาให้มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษานี้ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่พรรณบุรี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Thitichai P, Taweekarn P. Report on the results of the review of the situation of COVID-19 and Global preventive measures and in Thailand. Technology group and epidemiology Division of Non- Communicable Diseases Department of Disease Control. [online] 2021 [cited 2020 Dec 25]. Available from <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf> [in Thai].
2. Suchariyakun A. The Ministry of Public Health reveals the results of a survey on self-protection behaviors from COVID-19. [online] 2020 [cited 2020 Dec 21] Available from <https://gnews.apps.go.th/news?news=62678>. [in Thai].
3. Sirinawin S. COVID-19 knowledge to wisdom Practice development. Nonthaburi: OS Printing House Company Limited; 2020. [in Thai].
4. World Health Organization (WHO). Q&A on coronaviruses (COVID-19). [online] 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-andanswers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
5. Department of Disease Control. Report on the situation of COVID-19. [online] 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <https://covid19.ddcmoph.go.th/> [in Thai].

6. European Centre for Disease Prevention and Control. **Coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic: Increased transmission in the eu/eea and the uk-seventh update.** [online] 2020 [cited 2021 July 9]. Available from <https://tunis.mfa.gov.hu/asset/view/120583/RRA-seventh-update-Outbreak-ofcoronavirus-disease-COVID-19.pdf>
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. **Health promotion in nursing practice.** (5th ed.) . New Jersey: Pearson Education, Inc.; 2006.
8. Becker MH, Drachman RH, Kirscht J. P. A New Approach to Explain Sick Role Behavior in Low Income Populations. **American Journal of Public Health** 1974; 64(3): 205-216
9. Boriboon KW. Factors associated with the coronavirus disease 2019 preventive behaviors of diabetic patients. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2023; 11(2); 179 – 192. [in Thai].
10. Wae A. **Family and Environment Factors Affecting Sexual Behaviors of Vocational Students in Yala Municipality** [Master of Education Thesis Health Promotion Program graduate school Prince] . Hat Yai: Songkhla University; 2006. [in Thai].
11. Krejcie RV, Morgan DW. **Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement** 1970; 30(3): 607-610.
12. Best JW. **Research in education.** New jersey: Prentice-Hall; 1981.
13. Chidnayee C, Tachawarakorn K, Poosook K, Wiangnak K, Khrutkamchon K, Naksuan K, et al. Knowledge and Preventive Behaviors Towards the Covid-19 among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. **Journal of Nursing and Public Health Research,** 2021; 1(3): 60-71. [in Thai].
14. Wanlaya R, Suteera K, Anuwat K, Satjaporn P, Kantarote S. Health belief model in COVID- 19 preventive behaviors among students in Surat Thani Province Rajabhat University. **NPRU CONFERENCE 14** [online] 2022 [cited 2021 July 9]. Available form: <https://publication.npru.ac.th/bitstream/123456789/1861/1/npru-274.pdf>
15. Choi JS, Kim JS. Factors influencing preventive behavior against Middle

- East Respiratory Syndrome-Coronavirus among nursing students in South Korea. **Nurse Educ Today** 2016; 40: 168-172.
16. Jaisan J. Covid- 19 preventative behaviour of the staff in the national institute of health, department of medical sciences. [online] 2021 [cited 2021 July 9]. Available from <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sat16/6114060102.pdf>.
 17. Ongarj P, Ungcharoen R. Self-protection behavior of COVID-19: A Case Study of Students at Kasetsart University, Chalermphrakiat Campus, Sakon Nakhon Province. **Public Health Policy & Law Journal** 2021; 7(1): 87-102. [in Thai].
 18. Phansuma D, Boonruksa P. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID- 19 among Residents in Pru Yai Sub- district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. **Srinagarind Med Journal** 2021; 36(5): 597 – 604. [in Thai].
 19. Somtang K. Factors Related to Influenza Preventive Behavior among Patients at Outpatient Department, King Narai Hospital. **Journal of Health Education** 2014; 37(126): 8-21. [in Thai].
 20. Fang X, Li S, Yu H, Wang P, Zhang Y, Chen Z, et al. Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta- analysis. **AGING**. 2020; 12: 12493-12503.
 21. Morasakul B, Punthasee P. Knowledge and Prevention Behaviors Regarding COVID- 19 among the First-Year Nursing Students of Saint Theresa International College and Saint Louis College. **Regional Health Promotion Center 9 Journal** 2021; 15(37): 179-195.
 22. Rakpan W, Khongkaew S, Kassaro A, Promjaruen S, Sookkul K. Factors Associated with Preventive Behaviors Against COVID- 19 SAR- COV- 2 among the Adult Population: a Case Study of Chom Thong District, Bangkok Metropolitan. **Journal of Health Science** 2022; 31(2): S247-S259.
 23. Thananuphapphaisan W, Pichaiphaet R. Selected Factors Related to Preventing Behaviors towards COVID- 19 among Staff in Boromrajonani College of Nursing

Nakhon Ratchasima. Journal of Health
Research and DevelopmentNakhon

Ratchasima Public Health Provincial
Office 2022; 8(1); 135 – 152.

ผลการเฝ้าระวัง ควบคุม บำบัดเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการจัดบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น

บัวบุญ อุดมทรัพย์*, สมพร ครุทรวงษ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวัง ควบคุม บำบัดเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการจัดบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น มีขั้นตอนดำเนินการ 3 ขั้นตอน 1. จัดกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) กำหนดแผนงานการแก้ไขปัญหา มีกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกิจกรรม 21 คน 2. จัดกิจกรรม เฝ้าระวัง ควบคุมความเสี่ยงและจัดช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตามแผนงานที่ชุมชนกำหนด ระยะเวลา 6 เดือน มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกิจกรรม 223 คน 3. ประเมินผลการดำเนินงานเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 62.85 ปี ($\bar{X}=62.85$, S.D.=11.89) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.84 หลังดำเนินการมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 13.57 ($\bar{X}=13.57$, S.D.=2.33) มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการออกกำลังกาย บริโภคอาหาร ควบคุมความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.75 ($\bar{X}=3.75$, S.D.=0.22) มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการจัดช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองระดับตำบล กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 13.28 ($\bar{X}=13.28$, S.D.=1.81) มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลพบว่าสามารถนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ค่าเฉลี่ย 39.45 นาที

คำสำคัญ: เฝ้าระวัง; ควบคุม; บำบัดเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง; ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, **โรงพยาบาลเวียงเก่า

Corresponding author: Buaboon Udomsap Email: buabun@gmail.com

Received 17/07/2023

Revised 18/08/2023

Accepted 20/09/2023

RESULTS OF SURVEILLANCE AND CONTROL OF STROKE RISK FACTORS FOR HYPERTENSION PATIENTS AND THE STROKE FAST TRACK SERVICE BY THE COMMUNITY PARTICIPATION OF NAIMUANG SUB-DISTRICT, WIENG KHAO DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Buaboon Udomsap, Somporn Kruthavong***

ABSTRACT

This action research aim to study the results of Surveillance and Control of Stroke Risk Factors for Hypertension Patients and the Stroke Fast Track Service by the Community Participation of Naimuang Sub-district, Wieng Khao District, Khon Kaen Province. There were three procedures as follows. 1) Organizing the Appreciation Influence Control (AIC) process to determine a problem-solving plan by using 21 stakeholder samples who participate in the activity; 2) Organizing the activity for Surveillance and Control of Risk Factors of Stroke for Hypertension and providing the Stroke Fast Track service depending on the plan determined by the community for 6 months. There were 223 samples of hypertension patients who participated in the activity; 3) Evaluating performance. The data were collected by pre and post-operation questionnaires. The qualitative data were analyzed through content analysis, and the quantitative data were analyzed through statistical analysis, percentage, mean, and standard deviation. The mean was compared by using Paired t-test statistics.

The findings of this research revealed that most of the samples were female with an average age of 62.85 years ($\bar{X}$ =62.85, S.D.=11.89). They are in the primary education level at 44.84 percent. After participating in the activity, there was a statistically significant increase. They had knowledge of stroke syndrome at high level ($\bar{X}$ =13.57, S.D.=2.33), followed by exercise behavior, food consumption, stress control, smoking, alcohol drinking, and high blood pressure drug usage at a high level ($\bar{X}$ =3.75, S.D.=0.22). Samples learned more about the Stroke Fast Track service in the sub-district at a moderate level ($\bar{X}$ =13.28, S.D.=1.81) The patient hospitalization test result was quickly at the average of 39.45 minutes.

Keywords: Surveillance; Control; Stroke; Stroke Risk Factors; Stroke Fast Track

*Khon Kaen Provincial Health Office, **Wieng Khao Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับสองจากทุกสาเหตุ และเป็นสาเหตุการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในทุกภูมิภาคทั่วโลก พบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่าปีละ 12.20 ล้านคน โดย 1 ใน 4 เป็นประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป มีความชุกการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 101 ล้านคน¹ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดอื่น ๆ พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญ การลดความดันโลหิต Diastolic ลง 6 มม.ปรอท สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้ 1 ใน 3² และจากการศึกษาพบว่า การลดความดันโลหิต Systolic มีผลต่อการลดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง³

ปี พ.ศ. 2564 จังหวัดขอนแก่น พบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1,038.08 ต่อประชากรแสนคน สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้เพียง ร้อยละ 49.46 ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 68.07 ต่อประชากรแสนคน⁴

การควบคุมความดันโลหิตสูงมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมร่วมกับแรงสนับสนุนจากชุมชนส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม⁵ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิต⁶ การเฝ้า

ระวังความดันโลหิตสูงโดยการวัดความดันโลหิตกลุ่มป่วยทุกเดือนแล้วสะท้อนกลับข้อมูลสื่อสารรายบุคคล รายกลุ่มและประชาชนทั่วไปทำให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁷ นอกจากนี้การจัดบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานระยะเวลาที่กำหนดตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล⁸ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้รวดเร็ว ซึ่งการจัดบริการช่องทางด่วนในชุมชนทำให้ประชาชนเข้าถึงง่ายและมีความต่อเนื่องในระยะยาว⁹ และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยใช้กระบวนการ AIC พบว่าการสนับสนุนจากชุมชนทำให้ประชาชนปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี¹⁰

ดังนั้น การศึกษาการเฝ้าระวัง ควบคุม ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการจัดบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยลดอัตราป่วย อัตราเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวัง ควบคุม ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงและการจัดการบริการช่องทาง
ด่วนโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชน ตำบลในเมือง อำเภอเวียงเก่า
จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการกลุ่มผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงพื้นที่ตำบลในเมือง 15
หมู่บ้าน ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน
2565 ถึง มิถุนายน 2566

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการกระบวนการ
AIC วางแผนแบบมีส่วนร่วม ชุมชนร่วมกัน
กำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหา
แลกเปลี่ยนเรียนรู้คิดค้นวิธีแก้ไขปัญหา

วางแผนปฏิบัติการรวมถึงกำหนด
ผู้รับผิดชอบดำเนินการและควบคุมให้จัด
กิจกรรม ดำเนินการตุลาคม 2565 ได้ผลลัพธ์
กระบวนการ AIC ดังนี้

วิสัยทัศน์ “คนในชุมชนร่วมแรงร่วม
ใจลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และ
ภาวะแทรกซ้อน” ประเด็นยุทธศาสตร์ 1) สร้าง
การรับรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) เสริมสร้าง
การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ค้นหาศักยภาพ
ชุมชน 4) จัดระบบบริการช่องทางด่วนโรค
หลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ โดย
กำหนดกลยุทธ์สำคัญแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือด
สมอง รวบรวมเป็นแผนงานนำสู่การ
ปฏิบัติ รายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลในเมือง อำเภอเวียงเก่า

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ลดความรุนแรง/ ลดการเสียชีวิต/ ลดความพิการ จากโรคหลอดเลือด สมอง	อสม. จนท.สอน. กู้ชีพ จนท.เทศบาล 60 คน มีความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง และการจัดช่องทาง ด่วน	1) อบรมความรู้ 2) ฝึกปฏิบัติการประเมินความดัน โลหิตและปัจจัยเสี่ยง 3) ออกแบบการจัดการบริการช่องทาง ด่วนระดับชุมชน ตำบล	2 วัน ต.ค. 65	คณะผู้วิจัย
	กลุ่มตัวอย่าง 223 คน มีความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดสมอง และช่องทางด่วน	1) อบรมความรู้การดูแลตนเอง การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2 ส. การใช้บริการช่องทางด่วน 2) จัดเวทีบุคคลต้นแบบสร้างแรง บันดาลใจการดูแลตนเองให้ห่าง ไกลจากโรคหลอดเลือดสมอง สาธิตอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม	ต.ค. 65 (4 รุ่นๆ ละ 2 วัน รวม 8 วัน)	คณะผู้วิจัย

ตารางที่ 1 แผนงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลในเมือง อำเภอเวียงเก่า (ต่อ)

วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.สร้างการมีส่วนร่วมการแก้ไขปัญหา 2.การสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์	ผู้นำชุมชน/อสม./พระสงฆ์/หน่วยงานระดับตำบล120 คน มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและช่องทางด่วน	1) ประชุมชี้แจง และให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบกับครอบครัว ชุมชน สังคม 2) จัดทำแผนประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และช่องทางด่วน	ต.ค. 65 2 รุ่นๆ ละ 60 คน 1วัน ต่อรุ่น	คณะผู้วิจัย
1.สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน 2.สนับสนุนกิจกรรมแก้ไข้ปัญหา	หน่วยงาน องค์กรในชุมชน สนับสนุนการออกกำลังกายและจัดบริการช่องทางด่วนในระดับชุมชน	1) জনท.สาธารณสุข จาก สอน. ผู้นำชุมชนติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่มย่อย ระดับหมู่บ้านหรือรายบุคคลทุก 2 เดือน 2) สนับสนุนการออกกำลังกายในชุมชน 3) จัดบริการช่องทางด่วน ระดับตำบล	พ.ย. 65 - เม.ย. 66	เทศบาลตำบลในเมืองและสอน.บ้านเมืองใหม่

ขั้นตอนที่ 2 การนำแผนงานจากกระบวนการ AIC ไปปฏิบัติ เดือนพฤศจิกายน 2565 - เมษายน 2566 ระยะเวลา 6 เดือน

1. จัดระบบการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจากข้อเสนอแผนชุมชนโดยเลือกตัวแปร CVD Risk เพื่อสื่อสารได้ง่ายกับกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1) จัดให้มีการประเมินความเสี่ยง CVD Risk ทุกหมู่บ้าน 2) อสม. ประเมินความเสี่ยง CVD Risk รายบุคคล 3) ประเมินความเสี่ยงก่อน

ดำเนินการ ระหว่างดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง และหลังจากดำเนินการ 6 เดือน 4) นำข้อมูลประเมินความเสี่ยงให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ 5) รวบรวมผลการประเมินรายบุคคลนำส่ง สอน. วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวม และคืนข้อมูลให้ชุมชนในกลุ่มไลน์ชุมชน

2. กำหนดแนวทางควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดให้มีการลดปัจจัยเสี่ยงช่วงเวลา 6 เดือน ดังนี้ 1) อบรมให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. การใช้ยาควบคุมความดันโลหิต การใช้บริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง

2) จัดเวทีบุคคลต้นแบบสร้างแรงบันดาลใจ การดูแลตนเอง สาธิตอาหาร ลดหวาน มัน เค็ม 3) กรณีพบปัญหาไม่สามารถควบคุม ปัจจัยเสี่ยงได้ จัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำ ชุมชน ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวบรวมข้อมูลระดับหมู่บ้าน หรือรายบุคคลทุก 2 เดือน

3. การบริหารจัดการช่องทางด่วน โรคหลอดเลือดสมอง

1) จัดโครงสร้างการบริหารงาน ประกอบด้วยบุคลากร 2 หน่วยงาน เทศบาล และ สอน. โดยมีหน้าที่จัดสรรทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร สนับสนุนการ จัดบริการให้บรรลุวัตถุประสงค์

2) สนับสนุนอาคารเป็น สำนักงานหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน รถกู้ชีพแบบ FR จัดจ้างพนักงาน กู้ชีพ 5 คน จัดหาอุปกรณ์ สื่อสาร งบประมาณค่าบริการการแพทย์ ฉุกเฉินจัดสรรให้เทศบาลร้อยละ 40 สอน. ร้อยละ 60

3) จัดให้มีระบบลงทะเบียน การแจ้งเหตุ การบันทึกข้อมูล จัดทำทะเบียน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เส้นทางโดยสังเขป และ QR code แสดงแผนที่นำทางด้วย Google Map ไปยังบ้านผู้ป่วย

4) การจัดบริการ จัดให้มี พนักงานกู้ชีพขึ้นเวรบริการ 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการ ดำเนินงาน พฤษภาคม - มิถุนายน 2566

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และมีรายชื่อ ในทะเบียน Health data center ของหน่วย บริการเครือข่ายโรงพยาบาลเวียงเก่าในปี พ.ศ. 2564 และมีที่อยู่ในพื้นที่ตำบลในเมือง 1,225 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรกรณีที่ทราบจำนวนประชากรโดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร¹¹ สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

โดย n คือ ขนาดตัวอย่าง N คือ จำนวน ประชากรที่ศึกษา 1,225 คน กำหนดให้ ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของ ประชากรเท่ากับ 0.05σ คือค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส¹² ได้ค่า S.D.= 0.42 ผลคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง n = 222.09 คน ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 223 คน

การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบมีระบบ

(Systematic random sampling) ตามบัญชีรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครบ 223 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 20 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับช่องทางผ่านโรคหลอดเลือดสมอง 20 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่น KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ค่าสัมประสิทธิ์ = 0.72 แปลผลระดับความรู้เป็น 3 ระดับ¹³ คะแนน 13.33 - 20 หมายถึงระดับสูง คะแนน 6.67 - 13.32 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนน 0 - 6.66 หมายถึงระดับต่ำ

2. แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 24 ข้อ วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า = 0.74 เป็นคำถามประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ¹³ คะแนน 3.67 - 5.00 หมายถึงระดับสูง คะแนน 2.34 - 3.66 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึงระดับต่ำ

3. แบบบันทึกการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง IOC พบว่าค่า IOC = 1 ทุกข้อ

4. แบบบันทึกการนำส่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปยังโรงพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง IOC พบว่าค่า IOC = 1 ทุกข้อ

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยหมู่บ้านละ 3 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนดำเนินการ (พฤศจิกายน 2565) และหลังดำเนินการ (เมษายน 2566)

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้รับความเห็นชอบใบอนุญาตเลขที่ REC 047/2565

ผลการศึกษา (Results)

1. ผลการเฝ้าระวังและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.68 มีอายุตั้งแต่ 21-85 ปี อายุเฉลี่ย 62.85 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.84 รองลงมา ระดับ

มัธยมศึกษา ร้อยละ 41.71 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.50 มีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.74 ปี และมีการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.37

2) ผลการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเฝ้าระวังความเสี่ยง CVD Risk ก่อนดำเนินการคะแนนเฉลี่ย 17.78 ($\bar{X}$ = 17.78, S.D.=20.66) หลังดำเนินการคะแนนเฉลี่ย 13.77 ($\bar{X}$ =13.77,S.D.=13.41) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยง CVD Risk ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) รายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยง CVD Risk และความดันโลหิตจากการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง (n=223)

คะแนนความเสี่ยง CVD Risk	Mean	SD	$\bar{D}$	95% CI	t	P value
คะแนนความเสี่ยง CVD ก่อนดำเนินการ	17.78	20.66	4.01	5.91, 2.10	4.14	<0.001
คะแนนความเสี่ยง CVD หลังดำเนินการ	13.77	13.41				

3) ผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P<0.001$) การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) รายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเสี่ยงโรค หลอดเลือดสมอง (n=223)

ผลการศึกษา	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	8.79	2.50	13.57	2.33	<0.001
ความรู้ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง	6.43	1.70	13.28	1.81	<0.001

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเสี่ยงโรค หลอดเลือดสมอง (n=223) (ต่อ)

ผลการศึกษา	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
พฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	2.94	0.17	3.75	0.22	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร	2.31	0.39	3.92	0.66	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	2.30	0.26	3.46	0.40	<0.001
ด้านผ่อนคลายความเครียด	3.00	0.32	3.89	0.14	<0.001
ด้านการสูบบุหรี่	3.08	0.36	3.39	0.40	<0.001
ด้านการดื่มแอลกอฮอล์	3.39	0.36	3.90	0.42	<0.001
ด้านการใช้ยาควบคุมความดันโลหิต	3.55	0.40	3.91	0.45	<0.001

2. ผลการจัดบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองพื้นที่ตำบลในเมือง

1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมทดลองหมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 10 คน ร้อยละ 66.67 มีอายุตั้งแต่ 31-50 ปี อายุเฉลี่ย 43.13 ปี การศึกษามัธยมศึกษา 11 คน ร้อยละ 73.33

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน 8 คน ร้อยละ 53.33

2) การจัดช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการทดลองนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากบ้านผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล โดยรวมใช้เวลาเฉลี่ย 39.45 นาที รายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลกรณีทดลองใช้งานระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ระดับตำบล (n=15) หน่วยเวลา : นาที

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	Min	Max
จากหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน ต.ในเมืองถึงบ้านผู้ป่วย	10.40	1.40	8	12
ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นที่บ้าน	13.80	1.82	11	17
จากบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลเวียงเก่า	15.25	2.96	10	21
เวลาที่ใช้ทั้งหมด	39.45	3.74	33	47

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง⁶ และยังสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าความรู้ด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้คือการที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งต่างๆ รอบตัวได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคลรอบข้างจนทำให้เกิดความเชื่อ ความคิด ทศนคติในการแสดงพฤติกรรมออกมาจึงมีพฤติกรรมสุขภาพป้องกันความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง¹⁴ ส่วนการจัดช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการระดับปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันสามารถตอบสนองอย่างรวดเร็ว¹⁵ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 72.22 นาที⁸ ซึ่งในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วย Acute Stroke ให้ได้ผลดี คือการจัดบริการ Stroke Fast Track ให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการอย่างรวดเร็วที่สุด การศึกษานี้ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยโรคเริ่มมีอาการจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล Onset to hospital ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด 270 นาที¹⁶

การศึกษานี้ครั้งนี้นำกระบวนการ AIC มาปรับใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ

AIC เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน หลังจากการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

ข้อยุติ (Conclusions)

การวิจัยครั้งนี้นำกระบวนการ AIC มาปรับใช้แก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมีการจัดทำแผนงาน รวมถึงจัดกิจกรรมสนับสนุนการแก้ไขปัญหา รายละเอียด ดังนี้

1. การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการประเมินความเสี่ยง CVD Risk ทุกหมู่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นจากระดับกลางเป็นระดับสูง

3. การจัดช่องทางด่วน โดยทดลองนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากบ้านผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเวียงเก่า โดยรวมใช้เวลาเฉลี่ย 39.45 นาที

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การนำกระบวนการ AIC มาปรับใช้ ในการแก้ปัญหามีควมมีกลวิธีให้ชุมชนมีส่วนร่วม

ร่วมวางแผน ร่วมกิจกรรม และร่วม
ประเมินผล

2. การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงควร
จัดระบบค้นหาข้อมูลสภาพปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้อง
ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงควรมีการ
ติดตามผลอย่างต่อเนื่องโดยชุมชนมีส่วนร่วม

4. การจัดช่องทางด่วนโรคหลอดเลือด
สมองควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมจัดบริการ

5. ความรู้เรื่องช่องทางด่วนโรคหลอดเลือด
สมองควรมีช่องทางสื่อสารองค์ความรู้

การประเมินอาการโรคหลอดเลือดและการ
นำส่งผู้ป่วย

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

กระบวนการ AIC ให้ชุมชนมีส่วนร่วม
ทำให้ประชาชนมีความรู้และลดพฤติกรรม
เสี่ยงการศึกษาค้นคว้ากระบวนการ AIC มา
ประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังและควบคุมปัจจัย
เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO) : Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke* 2022; 17(1): 18-19.
2. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335(8693): 827-838.
3. Rashid P, Leonardi- Bee J, Bath P. Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review. *Stroke* 2003; 34(11): 2741-2748.
4. Khon Kaen Provincial Public Health Office. Summary report of supervisory evaluation on Khon Kaen Public Health service networking. Khon Kaen: Klangnanatham; 2021. [in Thai].
5. Konyanee S, Tassana- iem S. The Effect of the Application of Food, Exercise, Emotion, Non- Smoking, Alcohol Cessation and Social Support to Reduce the Risk of Diabetes and Hypertension among New Risk Groups. *J Ratchaphruek* 2019; 17(2): 94-104. [in Thai].
6. Nunyapruk C, Therawiwat M, Kaeodumkoeng K, Iamee N.

- Factors Related to Blood Pressure Control Behaviors among Hypertensive Patients in Ranod Hospital, Songkhla Province. **J Health Education** 2019; 42(1): 190-203. [in Thai].
7. Naruponjirakul U, Sumritdetkajohn K. editors. **Basic: Surveillance, Investigation, Prevention and Disease Control for Sub district Health Promoting Hospital**. Nonthaburi: Public Health Systems Research Institute; 2012. [in Thai].
 8. Boontongto S, Vibulchai N, Buthbankhow A. Development of Fast Track Service System for Patients with Stroke Wapipathum Hospital and Service Network. **J Mahasarakham Hospital** 2017; 14(3): 100-113. [in Thai].
 9. Intolo S, Peangkat S, Bunnan N, Puritasang TH, Kasuwun R. Development of Stroke Preventive Care Service Model for Clients with Chronic Illness Having CVD Risk in Context of Primary Care. **Songklanagarind Journal of Nursing** 2020; 40(2): 83-97. [in Thai]
 10. Chaichana B, Ruangdej K. Self-care of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Development of Model Integration with AIC Technique (Sukhirin Hospital) The Southern College Network. **J Nursing and Public Health** 2002; 3(3): 180-193. [in Thai].
 11. Chirawatkul A. **Biostatistics for Health Science Research**. 3rd ed. Khon Kaen: Klangnanavidhaya; 2008. [in Thai].
 12. Chareonsin S. **Factors affecting stroke prevention behavior in hypertension patients, Mueang District, Nakhon Sawan Province** [M. P. H. Thesis in Public Health Program] . Phitsanulok: Naresuan University; 2021. [in Thai].
 13. Best JW. **Research in Education**. 3rd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1977.
 14. Saengsri A. Health Behavior of People at Risk for Diabetes and Hypertension in Bang Prog District, Patumtani Province. **J Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University** 2017; 2(1): 59-79. [in Thai].
 15. Buasai N, Khunkaew C, Pongwittayapanu P, Chuechai N, Piansamer M. Development of Stroke Fast Track Model for Primary Care Unit: a Case Study of Nonnamthaeng Medical Center, Muang Amnat Charoen District, Amnat Charoen Province. **Thailand Journal of Health**

Science 2021; 30(6) : 1078- 1090.

[in Thai].

- 16.Tiamkao S. Development of Stroke Fast Track. **SRIMEDJ** [online]. 2013 Nov. 27 [cited 2023 Sep. 16] ; Available from: <https://li01.tci-thaijo.Org/index.php/SRIMEDJ/article/view/14904> [in Thai].

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

เนตรดาว ช่วยรักษา*, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล*, วรินทร์มาศ เกษทองมา*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร จำนวน 195 ราย ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564- ธันวาคม 2565 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบไคสแคว์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.1 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 30.3 [อายุเฉลี่ย 40 ปี (S.D.= 11.39)] ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติตามต่อการตรวจ ความเครียด การตัดสินใจตรวจ และความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 71.8 56.4 53.8 51.3 50.30 76.4 59.0 ตามลำดับ ปัจจัยด้านเพศ อายุ การรับรู้อุปสรรค และการตัดสินใจตรวจ ที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านความเครียดมีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; ความเครียด; การตัดสินใจ; ความต้องการตรวจโรค

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Corresponding author: Warinmad Kedthongma

Email: warinmad.k@ku.th

Received 28/04/2023

Revised 24/05/2023

Accepted 20/06/2023

FACTORS RELATED TO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EXAMINATION NEED AMONG PEOPLE AKATAMNUAI DISTRICT, SAKONNAKHON PROVINCE

Natedao Chuayruksa, Wuttiiphong Phakdeekul*, Warinmad Kedthongma**

Abstract

The survey research was aimed to explore factors related to Coronavirus 2019 (COVID-19) examination needs among 195 people of Akat Amnuai District, Sakon Nakhon Province. Data were collected by questionnaires with a reliability of 0.70, during August 2021 - December 2022. Data were analyzed by descriptive statistics, and Chi-squared test. The results revealed that the most of samples were female 65.1%, 31-40 years old of 30.3% [average age 40 years (S.D. = 11.39)], primary school 38.5. In addition, most of them had perceived susceptibility, severity, benefits, barriers, cues to action, stress, examination decision, and examination needs were moderate level (56.4%, 71.8%, 56.4%, 53.8%, 51.3%, 50.3%, 76.4%, and 59.0% respectively). Moreover, factors related to COVID-19 examination needs were sex, age, perceived barriers, and examination decision with statistically significant at .05 level. Furthermore, factors related to COVID-19 examination need was stress with statistically significant at .01 level.

Keywords: Health Belief Model; Stress; Decision; Medical Examination Needs

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

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคโควิด-19 (COVID-19, Coronavirus disease 2019) เกิดจากไวรัสโคโรนา เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการติดเชื้อไวรัส COVID-19 เป็นหลักและการสูดดมละอองทางเดินหายใจ หรือโดยการสัมผัส ซึ่งเกิดจากการอยู่ใกล้ชิดมีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งพบการระบาดและส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย¹⁻³ มีอาการทั่วไป คือ ไข้ ไอ ล้นไม่บรรล จมูกไม่ได้กลิ่น และอ่อนเพลีย^{4,6} วิธีการป้องกัน คือ การไม่รวมกลุ่มกับผู้คนจำนวนมาก การใช้น้ำยากอนามัย เจลล้างมือ การหมั่นล้างมือ การไม่สัมผัสหรือรับเชื้อที่มากับฝอยละอองน้ำลาย การเว้นระยะสัมผัสห่างจากผู้อื่น⁷ อีกทั้งการป้องกันการแพร่กระจายโรคเน้นการสวมแมสก์ ล้างมือ เว้นระยะห่าง⁸ โรคโควิด-19 ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมืองทำให้มีการจำกัดการเดินทางระหว่างจังหวัด ระหว่างประเทศ⁹ โดยปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค⁹ ความกังวลความเครียดที่เพิ่มขึ้น ในช่วงการแพร่ระบาดมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรค ระดับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรค¹⁰

การใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1977)¹¹ เป็นทฤษฎีกระตุ้นการปฏิบัติเพราะ

การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคซึ่งจะช่วยอธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันและรักษาโรค โดยบุคคลจะต้องรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) รับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) และมีสิ่งชักนำการปฏิบัติ (Cue to action) รวมทั้งมีปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ ความเครียด การตัดสินใจ ความต้องการตรวจ¹²⁻¹⁵

สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid -19) จากข้อมูลปี พ.ศ. 2564 - 2565 จังหวัดสกลนคร พบผู้ป่วย จำนวน 9,722 และ 21,565 รายตามลำดับ¹⁶ โดยเฉพาะอำเภออากาศอำนวย พบผู้ป่วยจำนวน 596 และ 1,751 ราย ตามลำดับ¹⁷ กล่าวได้ว่าอำเภอนี้ มีความโดดเด่นด้านการคมนาคมและด้านการค้าขายซึ่งเป็นอำเภอรอยต่อกับหลายอำเภอหลายจังหวัด จึงเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ง่ายทั้งระลอกหนึ่งและระลอกสอง การระบาดระลอกสองพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ทำให้ขาดบุคลากรดูแล การคัดกรอง วัสดุทางการแพทย์ขาดแคลนไม่พอเพียงต่อการรักษา เพราะขาดการตรวจ การกักตัว การป้องกันที่ดี ทำให้มีการเพิ่มทวิคูณของผู้ติดเชื้อมาก เพื่อให้การคัดกรองเบื้องต้นสามารถแยกผู้ติดเชื้อ กักตัว

และเข้ารับการรักษได้ทันเวลา จึงต้องมีการตรวจเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการตรวจโรคติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญ เฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid -19) ในประชาชนอำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

เพื่อศึกษาระดับความต้องการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 42,100 คน เมื่อกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยของ Daniel (2010)¹⁸

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{NZ^2\sigma^2}{e^2(N-1)+Z^2\sigma^2}$$

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ใน อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนด มีเท่ากับ 1.96

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นที่ผู้วิจัยกำหนด มีค่าเท่ากับ 0.05

σ^2 = ค่าความแปรปรวน = SD. ได้จากงานวิจัยการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา SD. = 0.32 (อภิวดี อินทเจริญ, 2564)¹⁹

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{42,100 \times (1.96)^2 \times (0.12)}{(0.05)^2 \times (42,100 - 1) + (1.96)^2 \times (0.32)^2}$$

$$n = 156.77$$

$$n = 157$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 157 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25.0 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ดังนั้นขนาดตัวอย่างเท่ากับ 195 คน จากนั้นทำการเทียบสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่ 8 ตำบล ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด แบ่งออกเป็น 9 ส่วน กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนรายข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของการใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best, 1997 อ้างถึงใน (ศศิธร ตันติเอกรัตน์, 2563)²⁰ 1) ข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ส่วนแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ได้แก่ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ 3) การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 3 ข้อ 4) การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 4 ข้อ 5) การรับรู้อุปสรรค จำนวน 4 ข้อ 6) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ ส่วนความเครียดมีการประยุกต์มาจากแบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต (2559)²¹ 7) ความเครียด จำนวน 5 ข้อ 8) การตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ 9) ความต้องการตรวจ จำนวน 6 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ช่วงคะแนนและแปลความหมาย เป็น 3 ระดับ ต่ำ ปานกลาง สูง ได้จากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC)²² มีค่าระหว่าง 0.60-1.00 0.60-1.00) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)²³ มีค่าเท่ากับ 0.7

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2565 โดยนักวิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น จากนั้นผู้วิจัยเดินทางไปรับแบบสอบถามเอง

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ประกอบด้วย

1) นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2) เมื่อตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้วให้นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสลำดับ

3) การควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูลโดยทำการบันทึก 2 ครั้ง ตรวจสอบและจัดเก็บข้อมูลเป็นข้อมูล 2 แฟ้ม หากพบข้อผิดพลาด เช่น พบข้อมูลที่ไม่มีในแบบสอบถาม หรือพบค่าของข้อมูลที่ไม่น่าจะเป็นไปได้ก็ดำเนินการแก้ไขโดยตรวจสอบกับแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา

วิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum)

2) สถิติเชิงอนุมาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำความเครียด การตัดสินใจ กับความต้องการตรวจไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับความเห็นชอบและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ KUREC/CSC 65/032

ผลการศึกษา (Results)

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 65.1 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 30.3 [อายุเฉลี่ย 40 ปี (S.D.= 11.39)] ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 195)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	68	34.9
หญิง	127	65.1
2. อายุ (ปี)		
18-20	4	2.1
21 - 30	36	18.5
31 – 40	59	30.3
41-50	56	28.7
51-60	35	18.0
60 ปีขึ้นไป	5	2.4
(Mean =40 S.D = 11.39)		

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 195) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	12.8
มัธยมศึกษา	75	38.5
อนุปริญญา/ปวส.เทียบเท่า	11	5.6
ปริญญาตรี	72	36.9
ปริญญาโท	12	6.2

ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง
ของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.40 (17.672 ± 1.181) รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 39.5 (13.125 ± 1.726) และระดับต่ำร้อยละ 4.1 (21.753 ± 2.719) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการได้รับโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 19.097 ± 2.719 คะแนน

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง
ของการเกิดโรคของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.8 (11.135 ± 0.976) รองลงมา คือ ระดับสูงร้อยละ 16.4 (14.625 ± 0.491) และระดับต่ำร้อยละ 11.8 (8.391 ± 0.891) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรง

ของการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 11.384 ± 1.910 คะแนน

ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงประโยชน์
ของการรักษาและป้องกันโรคการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.40 (15.300 ± 1.113) รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 39.0 (19.197 ± 0.848) และระดับต่ำร้อยละ 4.6 (10.888 ± 1.763) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 16.615 ± 2.493 คะแนน

ปัจจัยด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคโรค การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.8 (12.723 ± 1.078) รองลงมา คือ ระดับสูงและระดับต่ำ ซึ่งเท่ากันคือ ร้อยละ 23.1 (15.755 ± 0.679) โดยกลุ่มตัวอย่างมี

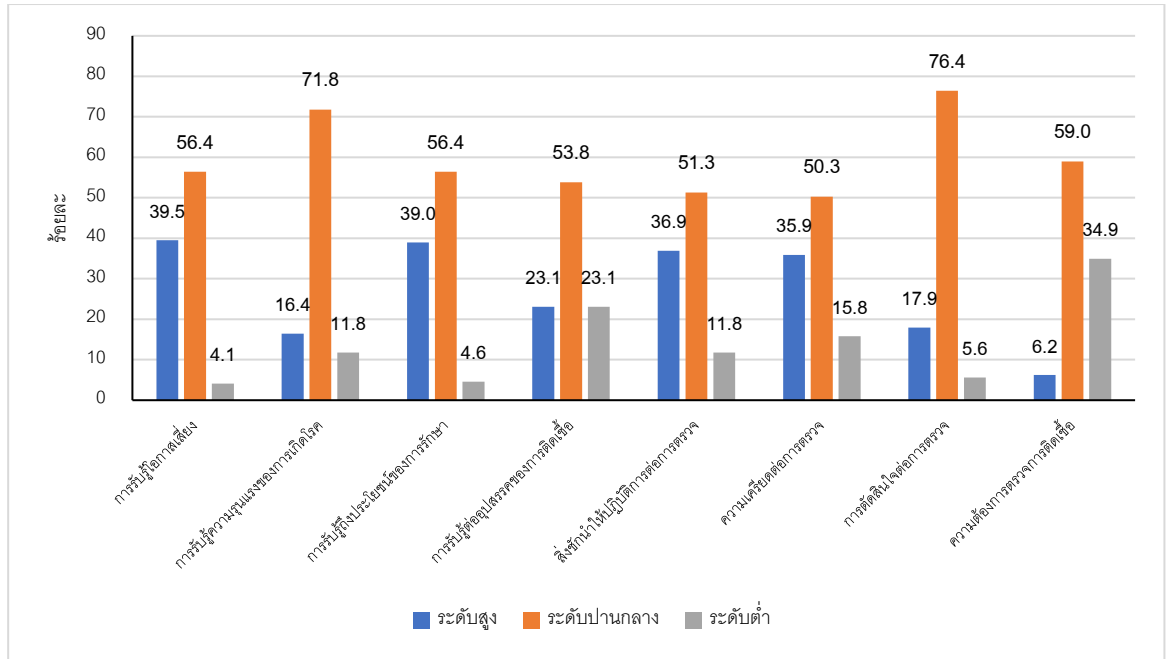
คะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคโรค ติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย
 12.502 ± 2.609 คะแนน

**ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติการ
ต่อการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 :** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำของ
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับ
ปานกลางร้อยละ 51.30 (13.200 ± 1.172)
รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 36.9
(17.958 ± 1.505) และระดับต่ำร้อยละ 11.8
(10.269 ± 1.009) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน
การดำเนินสิ่งชักนำของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 เฉลี่ย 14.610 ± 3.012 คะแนน

**ปัจจัยด้านความเครียดต่อการ
ตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 :**
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดของการ
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปาน
กลางร้อยละ 50.3 (13.200 ± 1.172) รองลงมา
คือ ระดับสูง ร้อยละ 35.9 (17.958 ± 1.505)
และระดับต่ำร้อยละ 15.8 (10.269 ± 1.009)
โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดของ
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 14.610
 ± 3.012 คะแนน

**ปัจจัยด้านการตัดสินใจต่อการ
ตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 :** กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจต่อการตรวจ
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับ
ปานกลางร้อยละ 76.4 (20.053 ± 2.241)
รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 17.9
(21.020 ± 3.812) และระดับต่ำร้อยละ 5.6
(14.545 ± 2.067) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน
การตัดสินใจ ของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 เฉลี่ย 21.020 ± 3.812 คะแนน

**ปัจจัยด้านความต้องการตรวจ
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 :** กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการตรวจการ
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปาน
กลางร้อยละ 59.0 (13.200 ± 1.172) รองลงมา
คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 34.9 (10.269 ± 1.009)
และระดับสูง ร้อยละ 6.2 (17.958 ± 1.505)
โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความต้องการ
ตรวจของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย
 19.097 ± 2.719 คะแนน โดยที่ปัจจัยด้านต่าง ๆ
รวมแสดงดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รายรวม

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเพศหญิงมีความต้องการตรวจมากกว่าเพศชาย กลุ่มที่มีอายุ 35-54 ปี มีความต้องการตรวจมากกว่ากลุ่มอายุอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p =$

0.013, $p = 0.042$) ตามลำดับ ปัจจัยด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค ความเครียด การตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$, $p = 0.001$, $p = 0.014$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=195)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	ความต้องการตรวจไวรัสโคโรนา 2019			χ ²	p-value
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
▪ ชาย	33(16.90)	32(16.4)	3(1.5)	8.613	0.013*
▪ หญิง	35(17.9)	83(42.6)	9(4.6)		
อายุ (ปี)					
▪ < 35	25(12.80)	40(20.5)	1(0.50)	9.896	0.042*
▪ 36-54	29(14.90)	65(33.30)	9(4.60)		
▪ >55	14(7.2070)	10(5.10)	2(1.00)		
แบบแผนความถี่ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค					
▪ รับรู้ต่ออุปสรรคน้อย	18(9.20)	21(10.80)	6(3.10)	12.478	0.014*
▪ รับรู้ต่ออุปสรรคปานกลาง	36(18.50)	68(34.90)	1(0.50)		
▪ รับรู้ต่ออุปสรรคมาก	14(7.20)	26(13.3)	5(2.60)		
ความเครียด					
▪ ความเครียดน้อย	18(9.20)	20(10.30)	7(3.60)	19.350	0.001**
▪ ความเครียดปานกลาง	49(25.10)	91(46.70)	3(1.50)		
▪ ความเครียดมาก	1(0.50)	4(2.10)	2(1.00)		
การตัดสินใจ					
▪ การตัดสินใจตรวจน้อย	3(1.50)	5(2.60)	3(1.50)	12.448	0.014*
▪ การตัดสินใจตรวจปานกลาง	57(29.20)	86(44.10)	6(3.10)		
▪ การตัดสินใจตรวจมาก	8(4.10)	24(12.30)	3(1.50)		

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้รับการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวรณ

คำแสน²⁴ เช่นเดียวกับผู้บริการรับการตรวจสุขภาพทั่วไปที่ส่วนใหญ่พบว่าเป็นเพศหญิงเช่นกัน^{25,26} ทั้งนี้ เพศหญิงเป็นเพศที่มีความระมัดระวังใส่ใจสุขภาพมากกว่า²⁷

นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) โดยเฉพาะเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) มากกว่าเพศชาย จึงมีอัตราการติดเชื้อมากกว่าเพศชายด้วย²⁸⁻³⁰

กลุ่มตัวอย่างพบกลุ่มที่มีอายุ 35-54 ปี มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด -19) อยู่ในช่วงวัยทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา มุลทิ³¹ อยู่ช่วงอายุวัยทำงาน ช่วงอายุนี้นี้ให้ความสำคัญต่อสุขภาพเพื่อสามารถทำงานประกอบอาชีพ จึงมีความต้องการตรวจโรคมากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ

กลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติความเครียด และการตัดสินใจ ในระดับปานกลาง จะมีความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด -19) ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่อยู่ในระดับอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจมีความคิดเห็นว่าการรับการตรวจคัดกรองไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ตามวิธีการของโรงพยาบาลนั้นเป็นเรื่องปกติตามข้อกำหนดของการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19)³² จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จึงอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวอาจมีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดที่

กลัวการตรวจพบการติดเชื้อ บางคนนอนไม่หลับ รู้สึกเบื่อ บางคนรู้สึกกระวนกระวายใจ ซึ่งถือเป็นสภาวะทางจิตใจความรู้สึกถึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ รู้สึกหวาดหวั่น หวาดกังวลกับเหตุการณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม³³ รวมทั้ง ความกังวลว่าเพื่อนร่วมงานและชุมชนจะรังเกียจหากไม่ตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด - 19)³⁴

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพบว่าไม่สอดคล้องกับพหุปัญญา ขันติจิตร และคณะ³⁵ ที่กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 40.8 จากการมีอุปสรรคการเดินทางไปตรวจ หรืออาการเจ็บป่วยในขั้นตอนการเก็บตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การศึกษานี้ เป็นประโยชน์จากการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการจัดการเชิงระบบ³⁶ ได้แก่ ด้านนโยบาย การบริหารงบประมาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อม ต่าง ๆ

ข้อยุติ (Conclusions)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) ในประชาชน อำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ได้แก่ ปัจจัยด้าน เพศ อายุ

การรับรู้ต่ออุปสรรค ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19) ส่วนปัจจัยโรคประจำตัว สมาชิกครอบครัว การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: ผู้บริหารควรมีการวางแผนและจัดสรรงบประมาณในการดูแลตนเองรายบุคคล มีการเพิ่มองค์ความรู้ ทักษะการดูแลตนเองแก่ประชาชนให้ทั่วถึงและสามารถปฏิบัติได้

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ: ควรมีการให้ความรู้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความตระหนัก โดยอาศัยการประชาสัมพันธ์ทุกส่วน เสียตามสาย หอกระจายข่าวท้องถิ่น สื่อออนไลน์ท้องถิ่นทั้งภาครัฐและเอกชน ช่วยขับเคลื่อนงานและการเข้ารับบริการในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. COVID-19 Outbreak Situation. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Department of Disease Control. COVID-19 Outbreak Situation.

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ: ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือการทดลอง เพื่อเสริมสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค การลดระดับความเครียด และการเสริมสร้างการตัดสินใจเกี่ยวกับการรองรับโรคอุบัติใหม่เพื่อเฝ้าระวังดูแล การมีส่วนร่วม ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) การศึกษารังนี้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพศึกษาแรงจูงใจ ความต้องการตรวจหาเชื้อโควิด -19

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่เอื้ออำนวยต่อการวิจัยจนประสบผลสำเร็จ รวมถึงประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้

Nonhaburi: Department of Disease Control. 2022; 5-6. [in Thai].

3. Ket Dao R, Thienthongdee A, Toin P. Development of Covid-19 Surveillance Prevention and Control

- Model Health Promoting Hospital in Sub-district Level, Udonthani Province - Udon Model COVID-19. **Journal of Health Science Health Technical Office Ministry of Public Health** 2021; 30(1): 53-61. [in Thai].
4. Yorsaeng R, Suntronwong N, Thongpan I, Chuchaona W, Lestari FB, Pasittungkul S, et al. The impact of COVID-19 and control measures on public health in Thailand. **PeerJ** 2020; 10: 1-19.
 5. Chockanchitchai S. COVID-19: A new wave of outbreaks in Thailand at the end of 2020. **Journal of the Association of Preventive Medicine of Thailand** 2022; 10(3): 1-2. [in Thai].
 6. Khantijit P, Promwong W, Kaewmanee C, Charoennukul A. Health Belief Model in the Prevention of Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) among people in Ubon Ratchathani Province. **Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong** 2021; 5(2): 39-53. [in Thai].
 7. Hendarwan H, Syachroni S, Aryastami NK, Su'udi A, Susilawati MD, Despitassari M, et al. Assessing the COVID-19 diagnostic laboratory capacity in Indonesia in the early phase of the pandemic. **South-East Asia Journal of Public Health** 2020; 9(2): 134-140.
 8. Mujarin B, Prasomrak P, Lekgam S. Self-defense behaviors Stress and Coping in the Health Crisis of the Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Amnat Charoen Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2021; 8(3): 413-424. [in Thai].
 9. Deesin P, Tumwongsa S. Mental Health Services Outcomes In the risk group for coronavirus infection 2019 who must quarantine Tha Khan Tho District, Kalasin Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(3): 401-412. [in Thai].
 10. Chalermkiatsakul C, Prasomrak P. Effects of Jatisa Empowerment For those affected by the COVID-19 pandemic crisis in the community, community hospital level. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 9(3): 254-264. [in Thai].
 11. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. **Health**

- education monographs 1974; 2(4): 409-419.
12. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. **Health Educ Q** 1988; 15(2): 175-183.
13. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. **Health education monographs** 1974; 2(4): 328-335.
14. Kulsoonthorn K, Wingpat K, Bodeerat C. Guidelines for caring for the elderly during the COVID-19 pandemic. **Journal of Roi Kaensarn Academi** 2021; 6(11): 289-302. [in Thai].
15. Sundara P. Measures for the control of COVID-19 infectious disease (COVID-19) in prisons. **Ratanabuth Journal** 2021; 3(1): 35-44. [in Thai].
16. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. **Report on the treatment situation of COVID-19 infection - 19 in the province of Sakon Nakhon**. Sakon Nakhon: Sakon Nakhon Provincial Public Health Office; 2022. [in Thai].
17. Akat Amnuay Hospital. **Report of COVID-19 cases in Sakon Nakhon**. Sakon Nakhon: Akat Amnuay Hospital; 2021. [in Thai].
18. Daniel WW. **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences**. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
19. Inthacharoen A, Kanchanabhum K, Tansakul K, Pattapat S. Factors influencing COVID - 19 prevention behavior of people in Kho Hong Municipality, Songkhla Province. **Journal of the Community Health Council** 2022; 3(2): 14-25. [in Thai].
20. Tantiekkarat S, Makmee P, Suksanguam N, Sattaphan N. Factors Associated with Self-Care Behaviors of the Elder with Hypertension in Buriram Province by Using the Precede Framework Theory. **VRU Research and Development Journal Science and Technology** 2020; 15(1): 59-73. [in Thai].
21. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **Stress Test Questionnaire (ST-5)**. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2016. [in Thai].
22. Turner R, Carson L. Indexes of Item-Objective Congruence for Multidimensional Items. **International**

- Journal of Testing** 2003; 3(2): 163-171.
23. Cronbach LJ, Shavelson RJ. My Current Thoughts on Coefficient Alpha and Successor Procedures. **Educational and Psychological Measurement** 2004; 64(3): 391-418.
 24. Khumsaen N. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. **Journal of Prachomklao College of Nursing** 2021; 4(1): 33-47. [in Thai].
 25. Kaewboonruang S. Health Perception and Quality of Service as Perceived by Persons Receiving Annual Health Check Up at Nongbualamphu Hospital. **Udonthani Hospital Medical Journal** 2022; 30(1): 68-79.
 26. Bunchongdat K. Customer Behavior in Using Health Service in Surat Thani Province. **Rommayaan** 2016; 14(2): 151-156. [in Thai].
 27. Tamdee P. Holistic View of Life and Women's Health: Guideline for Promoting Health Service Accessibility. **J. of Soc Sci & Hum** 2021; 47(2): 7-29. [in Thai].
 28. Preechanont P, Tangnorakul P. **Impact of Health Consciousness towards Intention to Buy Dietary Supplement in Hat Yai District, Songkhla Province**. Faculty of Management Sciences, Prince of Songkla University; 2018. [in Thai].
 29. Supamanop, S. **The study of the relationship between Health consciousness and Consumption behavior of organic food in Bangkok and vicinity**. Master Degree, Marketing Program, College of Management, Mahidol University; 2018.
 30. Ruenkham P, Kongsobor S, Yuvanuch H, Penpak US. Factors Associated with Preventive Behaviors Against COVID-19 SAR-COV-2 among the Adult Population: a Case Study of Chom Thong District, Bangkok. **Journal of Health Science** 2022; 31(2): s247-259. [in Thai].
 31. Moulty C. Factors Influencing Coronavirus Prevention Behavior 2019. **Journal of the Office of Disease Prevention and Control** 9, 2021; 27(2): 6-14. [in Thai].
 32. Kedthongma W, Phakdeekul W. Oral Health and Well-being of Elderly During and Post COVID-19 Outbreak.

- J Int Dent Med Res 2022; 15(4): 1672-1677.
33. Tatila J. State Anxiety. **Buddhist Psychology Journal** 2018; 3(1): 13-20.
34. Nuanchum K, Phakdeekul W, Kedthongma W. Factors Related to Preventive Behavior towards Covid-19 among People in Rural Area of Thailand. **Neuroquantology** 2023; 21(5): 216-225.
35. Khantijit P, Promwong W, Kaewmanee C, Charoennukul A. Health Belief Model in the Prevention of Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) among people in Ubon Ratchathani Province. **Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong** 2021; 5(2): 39-53. [in Thai].
36. Kirdmanee B, Tumtavitikul S, Wachirasurong Y, Sukbot B, Teekasap S. Concepts and Guideline for Solving COVID-19. **Advance for Science Journal** 2000; 20(1): 1-12.

การศึกษาการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

พัชรินทร์ อุสาห์*, วุฒิพงศ์ รักดีกุล*, วรินทร์มาศ เกษทองมา*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และเปรียบเทียบความแตกต่างในการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด (≤ 42 วัน) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาศึกษาแบบย้อนหลัง ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ปี พ.ศ. 2561-2564 จำนวน 1,146 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม Thai Cancer Base และ โปรแกรม Thai HIS ของโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์ใช้สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน และสถิติทดสอบที

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.6 อายุเฉลี่ย 52 ปี (S.D.=10.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่ หม้าย หย่า ร้อยละ 87.6 เป็นมะเร็งเต้านมเป็นระยะที่ 3 ร้อยละ 42.3 และการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 92.5 โดยมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 26.5 วัน (S.D.=17.9) ทั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด คือ ระยะโรคมะเร็งเต้านม ($p < 0.01$) เมื่อนำข้อมูลระยะเวลาการเข้าถึงบริการไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษาดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม; การรักษาด้วยรังสีรักษา; การเข้าถึงบริการการรักษา; ระยะโรคมะเร็งเต้านม

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Corresponding author: Warinmad Kedthongma

Email: warinmad.k@ku.th

Received 01/06/2023

Revised 27/06/2023

Accepted 26/07/2023

THE STUDY OF NEW BREAST CANCER PATIENTS ACCESS TO RADIATION THERAPY WITHIN SPECIFIED PERIOD

Patcharin Usa, Wuttiiphong Phakdeekul*, Warinmad Kedthongma**

Abstract

The purposes of this research were to 1) study factors related to access to radiation therapy within the specified period and 2) compare access to radiation therapy within the specified period (≤ 42 days). This research was retrospective study. The 1,146 population were new breast cancer patients treated at Udon Thani Cancer hospital in 2018-2021. Data were collected from the Thai Cancer Base program and Thai Hospital Information System program. All data were analyzed by descriptive statistics, Spearman correlation coefficients, and One-Sample T-test.

The study found that the majority of samples were female 99.6% [average age of 52 years (S.D. = 10.6)], couple-widow-divorce 87.6 %, stage III 42.3% and access to radiation therapy within the specified period 92.5 % [average waiting time 26.5 days (S.D.=17.9)]. In addition, factors related to receiving radiation therapy within specified time period were the stage of breast cancer ($p < 0.01$). Moreover, the comparison of data on access to radiation therapy within specified time revealed that the duration of access to radiation therapy was better than standard with statistical significance ($p < 0.001$).

Keywords: Breast cancer; Radiation therapy; Access to care; The stage of breast cancer

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

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัจจุบันปัญหาโรคมะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่สูงสุด 3 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่¹ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย มะเร็ง 3 อันดับแรก ในเพศหญิง คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งตับ² มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้หญิงมากกว่า 2 ล้านคน ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคนี้³ ปัจจุบันพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในสตรีที่มีอายุน้อยลงเพิ่มมากขึ้น⁴ การตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้อัตราการรอดชีวิต ในระยะเวลา 5 ปี สูงถึงร้อยละ 85-99 และคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁵ ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา ยังมีการรักษาด้วยฮอร์โมน และการให้ยาที่เป้าหมายของการเกิดมะเร็ง^{6,7}

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย การเข้าถึงบริการรังสีรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด (6 สัปดาห์, 42 วัน)^{8,9} ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการติดตามและประเมินผลคุณภาพการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษาตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ ในเขตสุขภาพ ที่ 8 มีศักยภาพการให้บริการการรักษาด้าน

โรคมะเร็ง ทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ในโรงพยาบาล และมีศูนย์มะเร็ง 2 แห่งเท่านั้น ที่สามารถให้บริการรังสีรักษาได้ คือ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และโรงพยาบาลสกลนคร^{10,11} ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัย เพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการรังสีรักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยรายใหม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด (≤ 42 วัน)
2. เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (≤ 42 วัน) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เท่านั้นที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2561 - 2564 จำนวน 1,901 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ในปี 2561-2564 ที่เข้ารับบริการการรักษา

ด้วยรังสีรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
จำนวน 1,146 ราย

การนับระยะเวลาโรคคอยคอยรับ
การรักษาด้วยรังสีรักษา

ระยะเวลาการรอ หมายถึง การ
กำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ
(Access to care) การรักษาด้วยรังสีรักษา
ภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ
(เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการ
วินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา
มะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธี
อื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่
ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมราย
ใหม่ ที่เข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษาใน
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ปี พ.ศ. 2561 -
2564 จากโปรแกรม Thai Cancer Base และ
โปรแกรม Thai HIS ของโรงพยาบาล โดยมี
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์เก็บ
รวบรวมข้อมูลวิจัย จากผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

2) เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตจึง
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลลงในแบบ
คัดลอกข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น

3) นำข้อมูลที่ได้นับที่กลงใน
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พร้อมทั้ง
ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล
หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและเลือก
การทดสอบทางสถิติที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา

วิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะ
บุคคล โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency)
ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum)

2) สถิติเชิงอนุมาน

ใช้สถิติ Spearman's correlation
และ One Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับความเห็นชอบและการ
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
เอกสารรับรองเลขที่ KUREC/CSC66/001

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมรายใหม่ ที่เข้ารับบริการรังสีรักษา
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561- 2564 จำนวนทั้งสิ้น
1,146 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
99.6 อายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 86.2 [อายุเฉลี่ย

52 ปี (S.D.=10.6)] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี โรคมะเร็งเต้านมเป็นระยะที่ 3 ร้อยละ 42.3
สถานภาพ คู่หม้าย หย่า ร้อยละ 87.6 ระยะ ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่เข้ารับบริการการรักษา ปี พ.ศ.
2561 – 2564 จำแนกตามลักษณะบุคคล (n= 1,146)

ลักษณะบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	5	0.4
หญิง	1,141	99.6
2. อายุ (ปี)		
≤ 40 ปี	158	13.8
> 40 ปี	988	86.2
Mean= 52.2 S.D.=10.6 Min. = 22, Max.= 84		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	142	12.4
คู่ หม้าย หย่า	1,004	87.6
4. ระยะโรคมะเร็งเต้านม		
ระยะที่ 1	49	4.3
ระยะที่ 2	404	35.3
ระยะที่ 3	485	42.3
ระยะที่ 4	179	15.6
Unknown Stage	29	2.5

2. การเข้าถึงบริการการรักษาใน ระยะเวลาที่กำหนด

การเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสี
รักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ

92.5 โดยมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 26.5 วัน
(S.D.=17.9) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่เข้ารับบริการรังสีรักษา ใน
ระยะเวลาที่กำหนดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564 (n = 1,146)

ระยะเวลารอคอยการรักษา	จำนวน	ร้อยละ	p-value
ระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ในระยะเวลาที่กำหนด			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 วัน	1,060	92.5	<0.0001
มากกว่า 42 วัน	86	7.5	
Mean = 26.5, S.D. = 17.9, Median = 29.0, IQR=17, Min. = 0, Max.= 197			

3. เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยการ เข้าถึงบริการการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายใหม่ กับเกณฑ์มาตรฐาน

ระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ใน
ระยะเวลาที่กำหนดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
รายใหม่ที่ได้รับการรักษา เปรียบเทียบกับ
ระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ที่เป็นเกณฑ์
มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข คือ น้อย
กว่าหรือเท่ากับ 42 วัน พบว่า ระยะเวลารอ
คอยการรักษาของผู้ป่วยที่มารับบริการใน
หน่วยบริการแห่งนี้เฉลี่ย 26.5 วัน ดีกว่า
เกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสี
รักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด แบ่งตาม

ระยะโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมในระยะที่ 3 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับ
บริการรังสีรักษา มากที่สุด รองลงมา คือ
ระยะที่ 2 ส่วนการเข้าถึงบริการรังสีรักษาใน
ระยะเวลาที่กำหนด จะเห็นได้ว่า ในกลุ่ม
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 4 มีระยะรอคอย
รังสีรักษาในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละ
100.0) และมีความมัธยฐานของระยะรอคอย
เพียง 1 วัน ซึ่งน้อยกว่าระยะอื่น ๆ อาจ
เนื่องมาจาก ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 4
มีความจำเป็นเร่งด่วน (Emergency case)
ที่ต้องได้รับการรักษาจึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้
มีระยะเวลารอคอยที่สั้นกว่าผู้ป่วยในระยะ
โรคอื่น ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละในการเข้าถึงบริการรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด จำแนกตามระยะโรคมะเร็งเต้านม (n = 1,146)

ระยะโรค มะเร็งเต้านม	เข้าถึงบริการรังสีรักษา ในระยะเวลาที่กำหนด (≤ 42 วัน)		เข้าถึงบริการรังสีรักษา เกินระยะเวลาที่ กำหนด (>42 วัน)		Mean	Median
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะที่ 1	45	91.8	4	8.2	28.0	28
ระยะที่ 2	365	90.3	39	9.7	30.9	30
ระยะที่ 3	444	91.5	41	8.5	29.9	29
ระยะที่ 4	179	100	0	0	7.2	1
Unknown stage	27	93.1	2	6.9	23.8	26

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการรังสีรักษาในระยะเวลาที่กำหนดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ การรักษาด้วยรังสีรักษาในระยะเวลาที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ระยะโรคมะเร็งเต้านม ($r_s = -.362$) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามจะมีระยะเวลารอคอยการเข้าถึงบริการรังสีรักษาใน

ระยะเวลาที่กำหนดเร็วกว่าคนที่มีระยะโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงไม่ปกติ (non-normal distribution) ดังนั้นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผู้วิจัย จึงเลือกใช้ (Spearman's rank correlation coefficient) โดยมีการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ (Smith, 1978)¹² ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรกับผลลัพธ์การเข้าถึงบริการรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในระยะเวลาที่กำหนด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
อายุ	.001	.981
ระยะโรคมะเร็งเต้านม	-.362**	.000

หมายเหตุ **สหสัมพันธ์มีนัยสำคัญที่ระดับ . 01

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับบริการการรังสีรักษา เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.6 เพศชาย ร้อยละ 0.4 เนื่องจากมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเพศหญิง ซึ่งเป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตของผู้หญิงไทยมากเป็นอันดับ 1¹³ ขณะเดียวกันเพศชายก็สามารถเป็นมะเร็งเต้านมได้ แม้ว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในเพศชายจะน้อย ประมาณ 2 รายต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1,000 ราย¹⁴

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับบริการการรักษา มีอายุเฉลี่ย 52 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 86.2 ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทย พบมากในช่วงอายุประมาณ 40-45 ปี¹⁵ ดังนั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกในผู้ที่ยังไม่มีอาการของโรค จึงเป็นสิ่งสำคัญ หากพบผลผิดปกติสามารถเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดอัตราป่วยอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้หากตรวจพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะที่ 1-2 อัตราการอยู่รอดที่ 5 ปี สูงถึงร้อยละ 85 - 99 แต่หากตรวจพบในระยะที่ 3 อัตราการอยู่รอดมีเพียงร้อยละ 40 - 60 และจะลดลงเหลือร้อยละ 18 - 20 หากตรวจพบในระยะที่ 4⁵

ระยะเวลารอคอยรังสีรักษาในภาพรวมเฉลี่ย 26.5 วัน ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา

โรคมะเร็ง (ระยะเวลารอคอยรังสีรักษาที่สั้นที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง และ ระยะรอคอยรังสีรักษานานที่สุด 197 วัน) การเข้าถึงบริการรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด แบ่งตามระยะโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 3 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรังสีรักษามากที่สุด รองลงมาคือระยะที่ 2 ส่วนการเข้าถึงบริการรังสีรักษาในระยะเวลาที่กำหนด จะเห็นได้ว่า ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 4 มีระยะรอคอยรังสีรักษาในระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละ 100.0) และมีค่ามัธยฐานของระยะรอคอยเพียง 1 วัน ซึ่งน้อยกว่าระยะอื่น ๆ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 4 มีความจำเป็นเร่งด่วน (Emergency case) ที่ต้องได้รับการรักษาจึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีระยะเวลารอคอยที่สั้นกว่าผู้ป่วยในระยะโรคอื่น ๆ

ปัจจัยด้านระยะโรคมะเร็งเต้านมสัมพันธ์เชิงลบ กับระยะเวลารอคอยการเข้าถึงบริการรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในระยะเวลาที่กำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ($r_s = -.362$) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามจะมีระยะเวลารอคอยการเข้าถึงบริการรังสีรักษาในระยะเวลาที่กำหนดเร็วกว่าคนที่มีระยะโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ซึ่งมะเร็งเต้านมระยะลุกลามจะมีการแพร่กระจายไปยัง

อวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย เป็นระยะที่มีความจำเป็นเร่งด่วน (emergency case) ที่ต้องได้รับการรักษา จึงทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

ระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ในระยะเวลาที่กำหนดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายใหม่ที่ได้รับการรักษา เปรียบเทียบกับระยะเวลารอคอยรังสีรักษา ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 วัน พบว่า ระยะเวลาคอยการรักษาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยบริการแห่งนี้เฉลี่ย 26.5 วัน ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระยะเวลารอคอยการรับบริการการฉายรังสีในเขตบริการสุขภาพที่ 1¹⁶ พบว่า ระยะเวลาคอยรังสีรักษาในภาพรวมเขตบริการสุขภาพที่ 1 ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง โดยมะเร็งเต้านม เข้ารับบริการรังสีรักษามากที่สุด และระยะเวลารอคอยรังสีรักษาสั้นที่สุด คือ มะเร็งปอด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะที่ 4 ที่มีความจำเป็นเร่งด่วน (emergency case) ที่ต้องได้รับการรักษา แต่แตกต่างจากการศึกษาระยะเวลารอคอยของการฉายรังสีในภาคเหนือของไนจีเรียพบว่า ระยะเวลารอคอยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างการวินิจฉัยจนถึงการฉายรังสีครั้งแรกยาวนาน 329 วัน เนื่องจากทรัพยากรที่มีจำกัด¹⁷ นอกจากนี้ แตกต่างจากการศึกษา

ระยะเวลารอคอยการรักษา มะเร็งเต้านม : ประสิทธิภาพของศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิในโมร็อกโกระยะเวลารอคอยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดในกรณีของเคมีบำบัดแบบเสริมยาวนาน 284 วัน¹⁸

ข้อยุติ (Conclusions)

ระยะโรคมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐาน แต่ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบางส่วนที่มีระยะเวลารอคอยรังสีรักษาที่ยาวนาน เกินเกณฑ์มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ดังนั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี อายุ 40 ปีขึ้นไป จึงเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการพัฒนา Mammogram AI เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม หากพบความผิดปกติ สามารถเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างรวดเร็ว

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ: ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบางส่วนที่มีระยะเวลารอคอยรังสีรักษาที่ยาวนาน ควร

ส่งเสริมให้เพิ่มการเข้าถึงบริการและลด
ระยะเวลารอคอยการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ: มะเร็ง
เต้านมเป็นมะเร็งที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งเพศ
หญิงและเพศชาย ดังนั้น การเฝ้าระวังด้วย
การตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนจึงเป็น
สิ่งสำคัญ หากพบอาการผิดปกติ สามารถพบ
แพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาได้ทันที

4. ข้อเสนอแนะด้านองค์ความรู้:
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการให้ความรู้กับ
ประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความ
ตระหนัก โดยอาศัย โครงการ 3 หมอ เข้ามา
ช่วยขับเคลื่อนงานด้านโรคมะเร็งในพื้นที่

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น
การเข้าถึงบริการเป็นไปอย่างจำกัด ผล
การศึกษานี้ พบว่า ระยะเวลารอคอยในการ
เข้าถึงบริการรักษาด้วยรังสีเร็วกว่าเกณฑ์
มาตรฐานที่กำหนดไว้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
สำหรับการอนุเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาล
มะเร็งอุดรธานี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **All cancers**. [online] 2023 [cited 2023 Jan 9]. Available from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-factsheet.pdf>
2. National Cancer Institute, Lampang Cancer Center, Ubon Ratchathani Cancer Center, Udon Thani Cancer Center, Lop Buri Cancer Center, Chon Buri Cancer Center, Prince of Songkla University. **Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018**. National Cancer Institute: Bangkok; 2021.
3. World Cancer Research Fund International. **Breast cancer statistic**. [online] 2023 [cited 2023 Jan 9]. Available from <https://www.wcrf.org/cancer-trends/breast-cancer-statistics/>
4. Udonthani Cancer Center. **Cancer incidence report population of Udon Thani province 2016-2018**. Udonthani Province: Udonthani cancer hospital; 2019. [in Thai].
5. National Cancer Institute. **Breast Cancer**. [online] 2023 [cited 2023 Feb 5]. Available from <http://>

- allaboutcancer.nci.go.th/AboutUs/Ind
exDetail?id=15
6. Sancarn T, knkthes T. Breast Cancer Literacy in Prevention and Breast Self-Examination. **EAU HERITAGE JOURNAL Science and Technology** 2018; 13(3): 14-21. [in Thai].
 7. Kingkaew J. Breast cancer and nursing care for breast cancer surgery patients. **Thai cancer journal** 2017; 37(4): 163-170. [in Thai].
 8. National Cancer Institute Department of Medical services Ministry of Public Health. **Cancer Service Plan 2018 - 2022**. Bangkok: National cancer institute; 2018. [in Thai].
 9. Department of Medical services Ministry of Public Health. **National Cancer Control Programme (2018 - 2022)** [online] 2023 [cited 2023 Feb 15]; Available from https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/National Cancer ControlProgramme.pdf
 10. Working group for developing cancer service plan of health region 8. **Summary of operating results according to cancer service plan indicators of health region 8**. [online] 2022 [cited 2023 Feb 15]; Available from: https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20220321081225.pdf
 11. Working group for developing cancer service plan of health region 8. **Cancer service plan (2023 – 2027)**. [online] 2023 [cited 2023 Feb 15]; Available from: https://r8way.moph.go.th/r8way/view_publicize.php?id=2368
 12. Smith LM, An evolving logic of participant observation, educational ethnography, and other case studies. **Review of research in education** 1978; 6(1): 316-377.
 13. Yottavee W, Kaewkong N, LowThumma P, Chidnayee S, Chaiwongnakpun C, Tummee S. Adaptation of Woman with Breast Cancer. Boromarajonani College of Nursing, **Uttaradit Journal** 2020; 11(2): 272-283. [in Thai].
 14. Mitpakdi K. Male breast cancer. **TUH Journal online** 2018; 3(3): 66-77. [in Thai].
 15. Laoitthi P, Parinyanitikul N. Breast cancer: Epidemiology, prevention and screening recommendations.

- Chula Med J 2016; 60(5): 497-507.
[in Thai].
16. Wongkaw B, Pukgeerasakul P, Khuntip W. **Waiting period to receive radiation for patients in Health service provider board office 1.** [online] 2017 [cited 2023 Feb 25]; Available from <https://www2.lpch.go.th/km/uploads/20170125142826909332.pdf>
17. Tumba N, Adewuyi SA, Eguzo K, Adenipekun A, Oyesegun R. Radiotherapy waiting time in Northern Nigeria: experience from a resource-limited setting. **Ecancermedicalscience** 2020; 14: 1097.
18. Mimouni M, Chaouki W, Errihani H, Benjaafar N. An analysis of breast cancer treatment waiting times: Experience of a tertiary referral center in Morocco. **Bull Cancer** 2018; 105(9): 755-762.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

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

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้นิพนธ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาทบทวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง และคำแนะนำสำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ ไม่ระบุ, *น่าสนใจ (*of special interest), และ **น่าสนใจเป็นพิเศษ (**of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกประเภทของเอกสารอ้างอิงในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้นๆ 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 ชื่อเรื่องต้องไม่สับสนที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยให้ชื่อเต็ม ไม่ระบุคำนำหน้าชื่อ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้นิพนธ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ปฏิบัติงาน 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 ผลการศึกษา และข้อสรุป 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 และขนาด ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล 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 รวมถึงตั้งแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (maneuver) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ 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 กรองข้อความประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

2.8 วิจารณ์ (Discussions)

การวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่สนับสนุนเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ 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 และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการศึกษาวิจัย

2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่ง ๆ ควรมีตารางหรือภาพหรือแผนภูมิ หรือกล่องข้อความ 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 และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง 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 ความยาวแต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ” และต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”

แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้อง อยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

ชื่อวารสารในการอ้างอิง 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 สารทาง 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 ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรอง สถานการณ์ตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Recieved, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ ฝ่ายจัดการขอสงวนสิทธิในการ ไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์